مشكلات طفل الروضة

Problems of Kindergarten Children

الدكتور
سامي محسن الختاتنة









مشكلات طفل الروضة

مشكلات طفل الروضة

Problems of Kindergarten children

الدكتور

سامي محسن الختاتنة

جامعة مؤتة – كلية العلوم التربوية



رقم التصنيف : 372.21
المؤلف ومن هو في حكمه : سامي محسن الختاتنة
عنوان الكتاب : مشكلات طفل الروضة
رقم الإيداع : 2012/7/2696
الواصفات : /التعليم الاساسي/
بيانات الناشر : عمان – دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع

(ردمك) ISBN 978-9957-32-695-1

تم إعداد بيانات الفهرسة والتصنيف الأولية من قبل دائرة المكتبة الوطنية.

الطبعة الأولى 2013-1434هـ

الحامد

دار الحامد للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - شفا بدران - شارع العرب مقابل جامعة العلوم التطبيقية
هاتف: 5231081 6 962+ فاكس : 5235594 6 962+
ص.ب . (366) الرمز البريدي: (11941) عمان – الأردن
www.daralhamed.net
E-mail : daralhamed@yahoo.com

المحتويات

الموضوع | الصفحة

الفصل الأول: مشكلات طفل الروضة وسيكولوجية الاضطراب

الفصل الثاني: طرق تشخيص المشكلات

الفصل الثالث: المشكلات الصحية والحركية

الفصل الرابع: المشكلات الانفعالية

الفصل الخامس: مشكلات عدم التكيف النفسي الاجتماعي

الفصل السادس: مشكلات الاستعداد للتعلم والتعليم بالروضة

الفصل السابع: طرق علاج المشكلات لدى الأطفال

مقدمة الكتاب

تُعد مرحلة رياض الأطفال والتي تمتد من الثالثة إلى السادسة من العمر من أهم وأخطر مراحل الحياة الإنسانية، بما تمثله من تأثير في مستقبل الإنسان، كما أكد العلماء بأنها ذات أثر كبير في بناء شخصية الفرد، حيث يكتسب خلال هذه السنوات عاداته وسلوكه الاجتماعي وقيمه واتجاهاته، مع العلم بأن الطفل في هذه المرحلة أكثر استجابة لبرامج تعديل السلوك وأكثر تأثراً في البرامج التي تعمل على تنمية وتطوير النمو في جميع مظاهره.

لقد حظيت مرحلة رياض الأطفال باهتمام علماء النفس بشكل عام وعلم نفس الطفولة فقاموا بإجراء الدراسات والأبحاث التي تساهم في فهم أعمق لطبيعة النمو في مرحلة رياض الأطفال وما هي العوامل التي تؤثر في بناء شخصية متكاملة لديهم، فاهتمام العلماء أخذ في الجانب الأول تحقيق الفهم الصحيح لهذه المرحلة وإلى طبيعة طفل الروضة، للمساهمة في تحقيق الهدف النمائي السليم، ولوقاية الأطفال من الوقوع في هذه المشكلات.

لكن مرحلة رياض الأطفال مرحلة يتعرض فيها الأطفال إلى الكثير من المشكلات من هنا جاء هذا الكتاب ليساهم في التعرّف على أهم المشكلات التي تعترض نمو طفل الروضة، مبتدأً بتوضيح وتعرف المشكلة ومن ثم عرض العوامل المحتملة التي تساهم في نشوء المشكلة مع الأخذ بوجهة نظر مدارس علم النفس وكيف تفسر نشوء المشكلة لدى الطفل، وبعد ذلك يتم التطرق إلى الأساليب الوقائية التي تساعد الأسرة والمربين للحد من وقوع المشكلات ومن ثم الانتقال إلى الأساليب العلاجية الملائمة منطلقاً في هذه الأساليب من تطبيقات نظريات علم النفس في مجال المساعدة وحل مشكلات طفل الروضة.

وفي نهاية الكتاب أفرد فصلاً مستقلاً بالأساليب الحديثة في علاج مشكلات الأطفال مثل العلاج باللعب والموسيقى والفن والعلاج الواقعي والعلاج بالدراما والعلاج بالترويح والعلاج المعرفي، ثم العلاج التربوي

المؤلف.

الفصل الأول

مشكلات طفل الروضة وسيكولوجية الاضطراب

- مقدمة
- تعريف المشكلة والعوامل المؤثرة في حدوثها.
- تشخيص المشكلة النفسية.
- تفسير تكوين السلوك غير المقبول.
- الاضطرابات النفسية عند الأطفال.
- مشكلات الطفولة.
- أهمية دراسة مشكلات الطفولة.
- النظريات المفسرة للسلوك غير المقبول.

*النظرية السلوكية.

*نظرية الحكم الخلقي.

*نظرية التحليل النفسي. (نظرية فرويد، نظرية سوليفان، نظرية التحليل النفسي الاجتماعي-أريكسون)

*نظرية الجشتالت.

*نظرية العاملين.

*النظرية المعرفية.

- معايير الحكم على سلوك الطفل.

الفصل الأول

مشكلات طفل الروضة وسيكولوجية الاضطراب

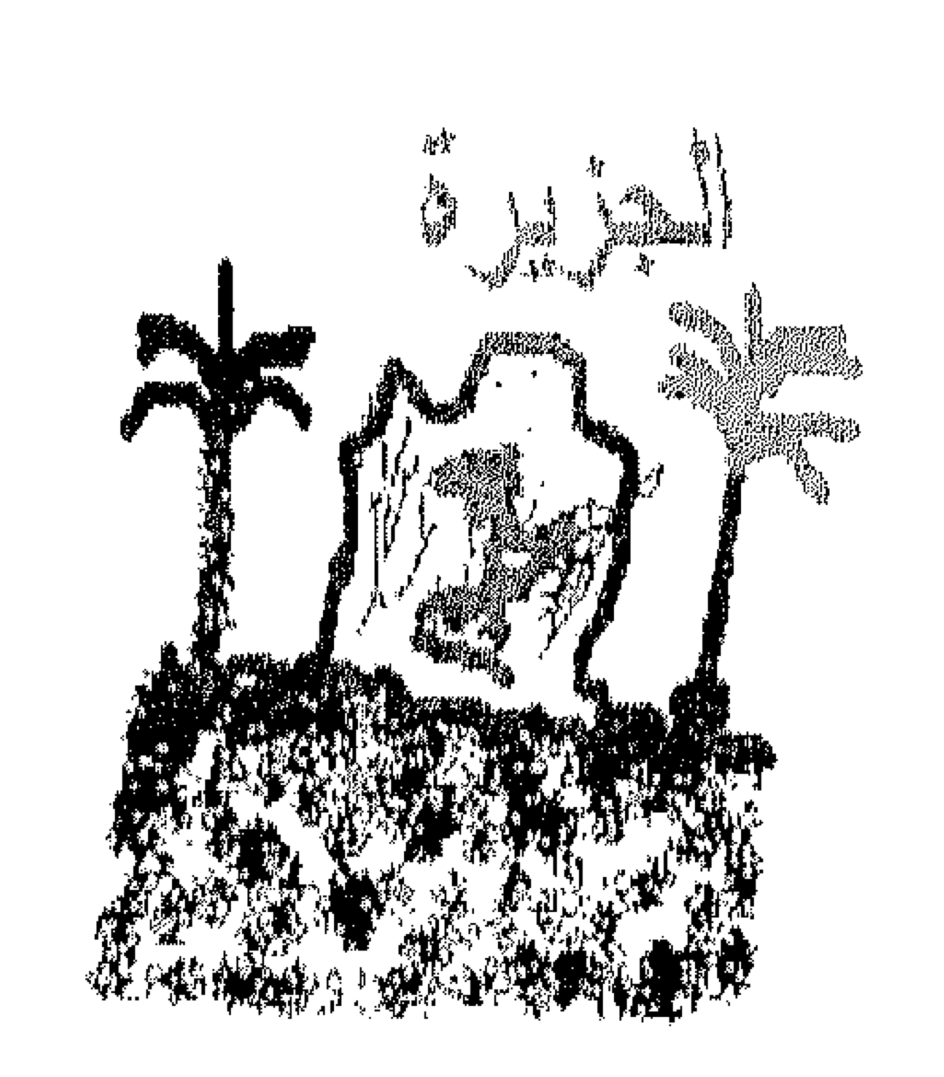
مقدمة:

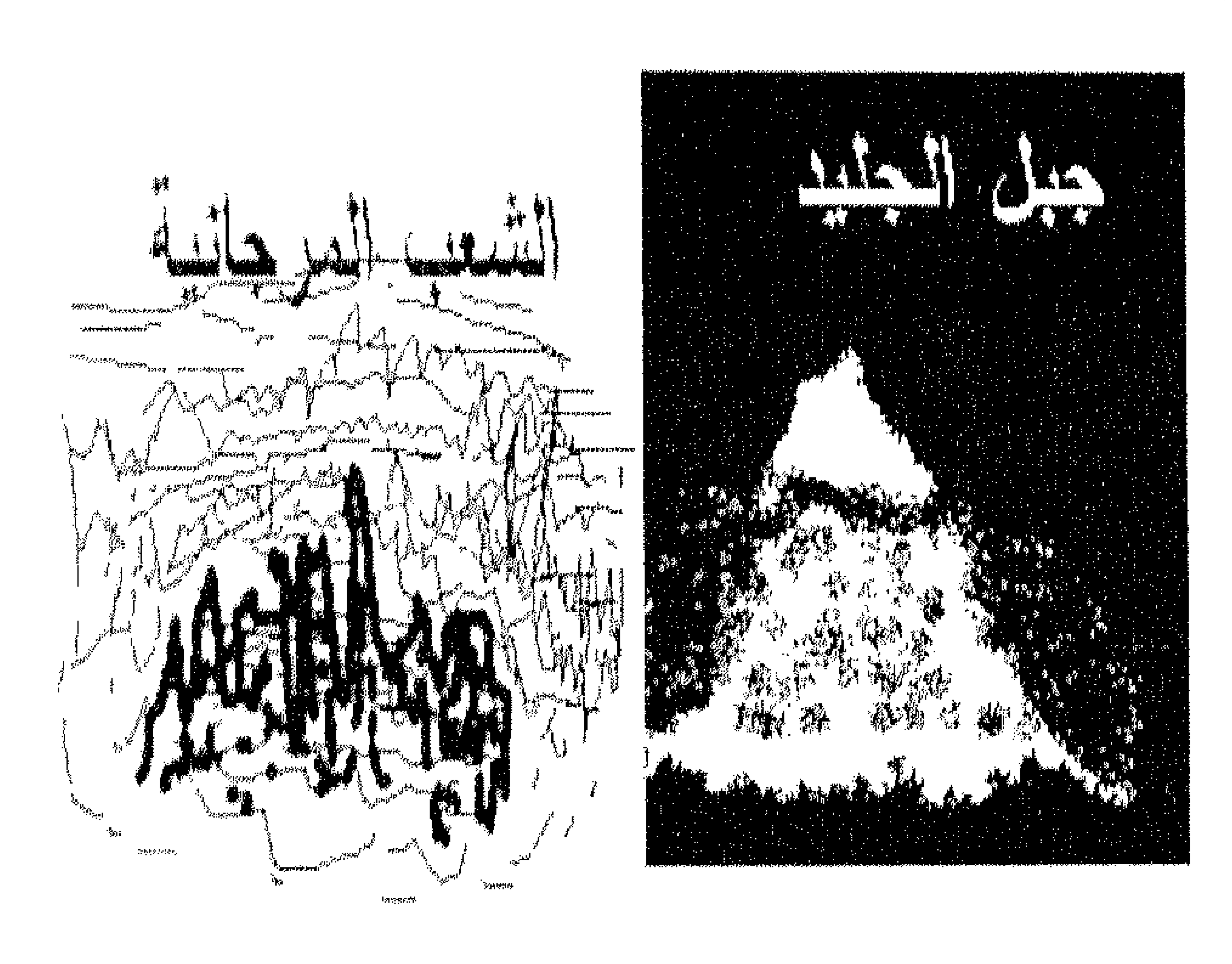
تعتبر مرحلة ما قبل المدرسة هي بداية نمو الضمير أو الأنا الأعلى، فالأطفال يتعلمون في هذه المرحلة الخطأ والصواب، ويطبقون هذه الأحكام على سلوكهم الخاص، وكلما أصبح الطفل قادراً على الحكم كلما تطورت معايير سلوكه، ويصبح أشد وعيا بالتطبيقات الأعم المعايير والقيم الخلقية، وإن كان مجرد معرفة الطفل بالأحكام الخلقية لا يعني بالضرورة أن يتصرف بمقتضاها، ويلتزم بها في سلوكه، ولقد درس بياجيه الحكم الخلقي عند الأطفال في أعمار مختلفة من خلال استكشافه لمفهوم الكذب لديهم، فوجد أن صغار الأطفال يهملون القصد أو النية لدى الكاذب، ويقصرون تفكيرهم على النتائج المادية للكذب، وأن الطفل يميل إلى تغيير الحقيقة ويبدو له ذلك كشيء لا ضرر منه ولكنه في نفس الوقت يعتبر أن من الواجب عليه نحو الراشدين ألا يكذب، كما أثبتت الأبحاث أن مسايرة الطفل ترتبط بقدراته الاجتماعية والمعرفية، وطفل ما قبل المدرسة يستطيع أن يدرك المعايير والأدوار التي تكون واضحة وبسيطة بالنسبة له، حتى إذا ما وصل إلى نهاية هذه المرحلة يظهر ميلا شديدا للمسايرة بالنسبة لأي معيار أو دور يستطيع أن يدركه، كما توصلت بعض الدراسات إلى أن سلوك الأفراد العدوانيين يرتبط ارتباطا موجبا بالتأثير القوي للأقران، وأن عدوانية أطفال ما قبل المدرسة تميل إلى اتخاذ شكل الشلة أي أن الأطفال العدوانيين غالبا ما يجتمعون مع بعضهم بعضا، وذلك أكثر من ميلهم إلى ممارسة العدوان بشكل فردي، ولذا يجب الاهتمام بالجماعة والاستفادة من أهمية ضغط الأقران الذي يعد من وسائل المسايرة في تعديل سلوك الطفل.

تعريف المشكلة والعوامل المؤثرة في حدوثها:

هناك العديد من التعاريف لمفهوم المشكلة Problem، فالمشكلة كما عرفها (سميث) (Smith) حسبما ذكرت أمل التل بأنها: موقف يسعى فيه الفرد للبحث عن وسائل فعالة للتغلب على عائق أو عوائق تحول دون الوصول لهدف ذي قيمة.

المشكلة حسب درجة ظهورها:





بارزة خفية كامنة

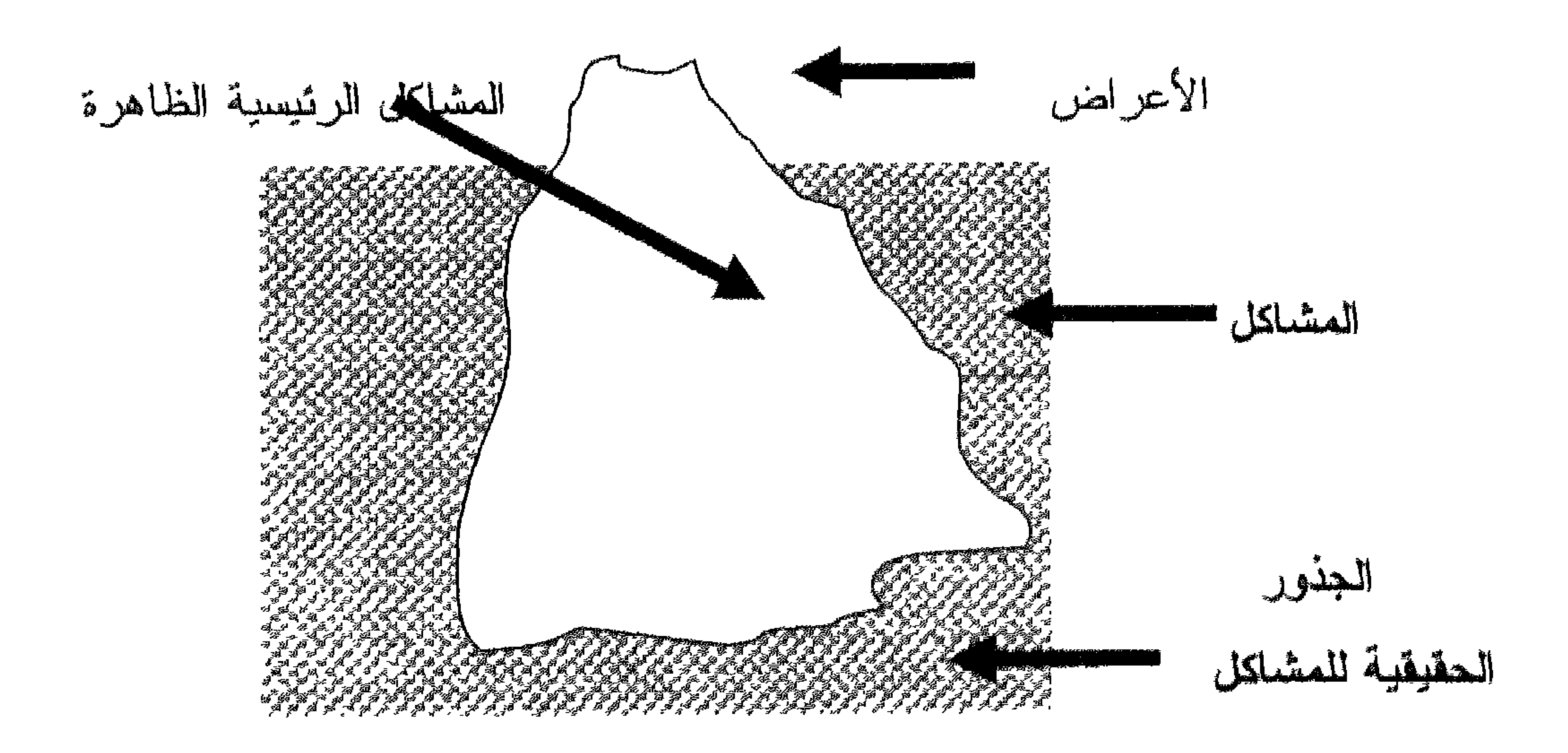
ومن أمثلة المشكلات البارزة: كأن يضرب الأب الطفل.

أما المشكلات الخفية فمن أمثلتها: كأن يعاند الطفل والدية، فالعناد ظاهر ولكن له سبب خفي، أو أن يتأخر الأبناء عن القدوم للمنزل، فالتأخر ظاهر ولكن هناك سبب خفي يسبب التأخر.

أما المشكلات الكامنة فمن أمثلتها: كأن يقضي الأطفال وقتا معا يوميا دون التحدث معا، أو تفتر العلاقات بينهما فلا يتواصلوا معا كالسابق، أو لا يدرس أحد الأبناء ومع ذلك يحصل علامات مرتفعة.

تشخيص المشكلة النفسية:

ويمكن تشبيه عملية تشخيص المشكلة بظاهرة جبل الجليد



المشاكل الرئيسية الظاهرة: وهي أي مشكلة ظاهرة للعيان للأسرة أو الذين يتعاملون مع الطفل من مثل: غضب الزوجة المتكرر على الأبناء

1. **الأعراض:** وهي المظاهر التي يمكن أن نستدل من خلالها على وجود مشكلة من مثل صراخ الزوجة وتحطيم الأشياء ورفضها الخروج مع أولادها في نزهة قصيرة.
2. **المشاكل:** وهي الأمور التي تنتج عن المشكلة الرئيسية من مثل: غضب الزوج، إهمال الأبناء للدراسة.
3. **الجذور الحقيقية للمشاكل:** عدم مشاركة الزوج في تربية الأبناء، أو عدم اهتمام الأبناء بتحمل مسؤولياتهم في المنزل، أو انخفاض المصروف اليومي للأسرة وضيق الوضع المادي.

فالأسرة تؤثر في شخصية الطفل تأثيرا كبيرا لأن الطفل يتفاعل مع مجتمع الأسرة أكثر من تفاعله مع أي مجتمع آخر، وخصوصا في سنواته الأولى، والطفل

يكون فكرته عن نفسه أي عن ذاته في بادئ الأمر من علاقته بالأسرة، فقد يرى نفسه محبوبا ومرغوبا فيه، أو منبوذا، أو محتقرا، وبالتالي إما أن ينشأ راضيا عن نفسه، أو نافرا منها ساخطا عليها، فتسود حياته النفسية التوترات والصراعات التي تتميز بمشاعر الضيق والقلق والشعور بالذنب والإحساس بالنقص والاكتئاب.

ويتصف الأطفال المضطربون سلوكيا وانفعاليا بعدم القدرة على إقامة علاقات صداقة مع الأفراد المحيطين بهم، لذا فإن بعضهم يصبحون انسحابيون لا يميلون إلى التفاعل مع الآخرين، ومثل هذه العزلة الاجتماعية عادة ما تكون مفروضة عليهم من ذواتهم، إضافة إلى ذلك هناك عوامل تساهم في ابتعاد الآخرين عن هؤلاء الأطفال المضطربين، حيث إنهم يندفعون نحو السلوكيات العدوانية، والإيذاء، وعدم المسؤولية، والميل إلى السيطرة، والمشاكسة، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن جزءا من المسؤولية يقع على عاتق الكبار، حيث أنهم لا يمضون وقتا بصحبة الصغار، وإن حدث وأمضوا جزءا من وقتهم وبادر أي من هؤلاء بإبداء سلوك مضطرب، عمدوا إلى عقابه؛ لذلك فمن غير المستغرب أن يصبح هؤلاء الأطفال مشوشين، محاولين إفساد كل ما يحيط بهم مع أي فرد قريب منهم، وهكذا فالمشكلة لا تكمن فقط في سلوك الطفل أو في البيئة المحيطة به، ولكن تتبع أهميتها من حيث عدم وجود علاقة تفاعلية ملائمة بين الطفل وبيئته.

تفسير تكوين السلوك غير المقبول

إن الطفل في مرحلة الروضة تزيد سرعة النمو الاجتماعي في هذه الفترة وتقوى "أنا الطفل" ويساعد في ذلك اتساع حصيلته اللغوية، وزيادة قدرته الحركية، مما يجعله أكثر سيطرة على سلوكه، ويظهر ذلك في رغبته في التحكم في مجرى الأمور، وحدة شعوره بالملكية، ورغبته في أن يقوم بأعماله بنفسه، وتقوى عنده النزعة الاستقلالية فيقوم ببعض الخدمات في حدود مقدرته وإمكانياته وفي نطاق مجتمعه الصغير الأسرة، وسيطرة الأنا في هذه الفترة تجعل الطفل في حالة توتر انفعالي معظم الوقت، ولذا يسمى البعض هذه المرحلة بأزمة الحضانة، ويرى ستاجنر أن شعور الطفل بذاته وفهمه لهذه الذات يتدخل في نموه الاجتماعي، وهذا الفهم يتأثر بصفاته الحقيقية

الواقعية من حيث تكوينه الجسمي وذكائه وانفعالاته، وكذلك برغباته وآماله ومدى إمكانياته لتحقيقها، كما يتأثر برأي الآخرين فيه ونقدهم له سواء أكان ذلك مدحا أم ذما ومقارنته بغيره، علما بأن كثرة الذم والتصغير من شأن الطفل يعرقلان نموه الاجتماعي.

ولا شك أن اعتقاد أيزنك بأن أغلب نظريات الشخصية متعلقة بمتغيرات متشابهة وغير محددة إلى جانب استخدامه للتحليل العاملي، فنظام الشخصية يتميز بعدد صغير جدا من الأبعاد الرئيسية أو العوامل التي تم تحديدها بدقة فائقة، والشخصية كما يتصورها أيزنك عبارة عن تكامل وتفاعل لتلك الأبعاد أو العوامل الثلاثة داخل الإطار العام لتكوين الشخص الجسمي، ويلاحظ أن أيزنك يستخدم التكوين أو البناء الجسمي كمتغير أساسي من متغيرات الشخصية.

لذلك يشير إلى تعريف الشخصية بقوله: المجموع الكلي لأنماط السلوك الفعلية أو الكامنة لدى الكائن، ونظرا لأنها تتحدد بالوراثة والبيئة فإنها تنبعث وتتطور من خلال التفاعل الوظيفي لأربعة قطاعات رئيسية تنتظم فيها تلك الأنماط السلوكية: القطاع المعرفي(الذكاء) القطاع النزوعي (الخلق)، والقطاع الوجداني (المزاج)، والقطاع البدني (التكوين)، وبهذا المعنى ينتهي أيزنك إلى استخلاص ثلاثة عوامل أو أبعاد رئيسية للشخصية هي العصابية/ الاتزان الانفعالي، الانطواء/الانبساط، الذهانية/السواء، وفي تصور إيزنك أن التصميم الهندسي للشخصية تصميم رمي يبدأ في أسفله بقاعدة عريضة تضم وقائع سلوك الأفراد وعاداتهم، أو عينة كبيرة من هذه الوقائع أو العادات، ثم تتلخص هذه القاعدة في مستوى أعلى منها عبارة عن عدد محدود من الأبعاد الصغرى أو السمات، ثم تتلخص هذه السمات أو تتجمع في مستوى أعلى منها هو مستوى الأبعاد الكبرى، وأهم ما في ذلك أنه تقدم إطاراً يصلح للمقارنة الكمية بين بعض جوانب النشاط النفسي لدى الأفراد، فهي تقدم تفسيرا لبعض مظاهر السلوك.

ويمكن القول أن مفهوم الطفل عند والديه يتدخل في تكيفه الاجتماعي فكثرة العقاب وإهمال الطفل يجعلانه يرى في الوالدين مصدر تعذيب وألم، مما يقلل من

شعوره بالثقة في نفسه وفي غيره، وهذا يضع للطفل حدود معاييره ومثله، وقد وجدت رادك من دراستها لبعض الأطفال أنه من ضمن الصفات الاجتماعية التي يراها الأطفال حسنة معاونة الأم ومطاوعتها، وقيام الطفل بخلع ملابسه، وترتيب ألعابه وعنايته بهذه الألعاب، وغير ذلك من الأشياء التي تبين أنواع المهارات الاجتماعية التي يقوم بها طفل هذه المرحلة، ولا بد من الإشارة إلى ذلك التحول التدريجي من السلوك الاعتمادي إلى السلوك الاستقلالي، وهذا التحول ينتج عادة من تعرض الطفل لمواقف يستجيب لها دون معاونة من الكبار ويساعده في ذلك تشجيع الكبار له وتوفير الخدمات التي يمارس فيها الطفل السلوك الاستقلالي بنجاح يكسبه ثقة في نفسه وفي قدرته على القيام بالأعمال المختلفة، ويقرر بلر وجود دافع الاستقلال، ودافع الاعتماد، ويمكن ملاحظتهما معا بنسب متفاوته في سلوك الطفل، وأن الزيادة في أحدهما لا يتبعهما بالضرورة نقص في الآخر، ويتوقف ظهور كل منهما على نوع العوامل الموجودة في الموقف الذي يتعرض له الطفل، هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن الاعتمادية في صورتها المعتدلة تعتبر أساساً لتكوين الصفات التعاونية، فلا يستطيع الفرد أن يعيش مستقلاً عن غيره تماماً وإلا انعدمت الحياة الاجتماعية، ويمكن القول أن التعبير العدواني السافر يختفي شيئاً فشيئاً مع تقدم الطفل في العمر، وأن النزعات العدوانية تتأثر بالعقاب والاحباط، وأن الطفل قد لا يعبر عنها ظاهريا بل يلجأ إلى أحلام اليقظة، ويزيد انغماسه في هذه الأحلام كلما زاد العقاب والاحباط.

هذا وقد قام كاجان وموص بدراسة طولية لمعرفة تأثير الصفات السلوكية في الطفولة على سلوك الفرد في الكبر، وتوصل الباحثان إلى أن السلبية في السنوات العشر الأولى من العمر عند البنين أدت إلى تجنب المنافسة أو التفاعل مع الغرباء في الكبر، وأن الاعتمادية في السنوات الست الأولى لا تؤثر تأثيراً يذكر على السلوك في الكبر إلا إذا استمرت إلى سن عشر سنوات حيث ارتبطت بظهور اهتمامات أو ميول أنثوية، كذلك ظهر من نتائجها أن هناك ارتباطا بين العدوان في الطفولة وفي الرشد، فمثلاً لوحظ أن هناك ارتباطا بين السلوك العدواني في الطفولة (من 3 – 10 سنوات) ضد الأم وبين النعات العدوانية في الكبر عند البنين، أما عند البنات فقد ارتبط هذا السلوك بالخوف من الفشل وبضعف الرغبة في الظهور اجتماعيا(يونس، 1993).

الاضطرابات النفسية عند الأطفال: الاضطراب النفسي عبارة عن اضطراب وظيفي في الشخصية، نفسي المنشأ، يبدو في صورة أعراض نفسية وجسمية مختلفة، يؤثر في سلوك الشخص فيعوق توافقه النفسي، ويعوقه عن ممارسة حياته السوية في المجتمع الذي يعيش فيه، والاضطرابات النفسية أنواع ودراجات، فقد يكون خفيفاً يضفي بعض الغرابة على سلوك الطفل، وقد يكون شديداً مما يدفعه إلى الاكتئاب والتوحد أحياناً، وتتباين أعراض الاضطرابات النفسية تبايناً كبيراً، منها ما يمثل في عادات قهرية، ومنها ما يصل إلى حد الانفصال عن الواقع والعيش في عالم الخيال.

مشكلات الطفولة: هي مشكلات موجودة عند جميع الأطفال. لا تدل على اضطراب الطفل أو فساد طبعه. تزول دون أن تترك اثر إذا تم علاجها بحكمة، وتزداد ثباتاً إذا أُسيء علاجها.

ويقصد بها المشكلات السلوكية والتربوية التي يشعر بها جميع من حول الطفل ومسئول عن تربيته مثل الوالدان، المعلمون ومن أمثلتها:الكذب، الغيرة، الخوف، السلوك العدواني، التأخر الدراسي، اضطرابات الكلام، التخريب، اضطرابات الانتباه.

أهمية دراسة مشكلات الأطفال السلوكية والتربوية

- مرحلة الطفولة هي الأساس لمرحلة الشباب الذين هم عصب الحياة والتي نصنع منهم مستقبل المجتمع.
- انشغال الآباء والأمهات بمشاغل الحياة اليومية الأمر الذي قد يتسبب في عدم رعاية الأطفال كما ينبغي، وملاحظة سلوكهم وإشباع طلباتهم النفسية.
- معاناة الكثير من التلاميذ في مختلف المراحل من المشكلات التربوية التي تُعرضون لها وتؤثر على تحصيلهم.
- تأثير مشكلات الطفولة في الكثير من الانحرافات السلوكية والاضطرابات النفسية والعقلية في مراحل النمو التالية.
- توافق الفرد وصحته النفسية مرتبط بمدى توافقه وصحته في الطفولة.

كيف نتعرف على أن السلوك هو مشكلة ما:

يلحظ الوالدين تغيراً ما في سلوك طفلهما ويظهر ذلك في عدم تكيف الطفل في بيئته الداخلية (الأسرة) أو البيئة الخارجية (المجتمع) وتتعدد مشكلات الأطفال وتتنوع تبعاً لعدة عوامل قد تكون إما: جسمية أو نفسية أو أسرية أو مدرسية، وكل مشكلة لها مجموعة من الأسباب التي تفاعلت وتداخلت مع بعضها وأدت بالتالي إلى ظهورها لدى الطفل، ومن الصعب الفصل بين هذه الأسباب وتحديد أي منها كمسبب للمشكلة.

متى نعتبر سلوك الطفل مشكلة بحد ذاته يحتاج لعلاج؟

قد يلجأ الوالدين لطلب استشاره نفسية عاجلة لسلوك طفله ويعتقد أن سلوك طفلة غير طبيعي إما لجهله بطبيعة نمو الطفل أو لشدة الحرص على سلامة الطفل وخوفاً عليه من الأمراض والاضطرابات النفسية خاصة إذا كان المولود الأول.

وقد يكون الطفل سلوكه عادياً وطبيعياً تبعاً للمرحلة التي يمر بها لذا من المهم جداً أن نتعرف متى يكون سلوك الطفل طبيعياً أو مرضياً.

يعد سلوك الطفل مشكلة تستدعي علاجاً عندما نلاحظ التالي:

تكرار المشكلة:

لابد أن يتكرر هذا السلوك الذي تعتقد انه غير طبيعي أكثر من مره فظهور سلوك شاذ مره أو مرتين أو ثلاث لا يدل على وجود مشكلة عند الطفل، لأنه قد يكون سلوكاً عارضاً يختفي تلقائياً أو بجهد من الطفل أو والديه.

إعاقة هذا السلوك لنمو الطفل الجسمي والنفسي والاجتماعي:

عندما يكون هذا السلوك مؤثراً على سير نمو الطفل ويؤدي إلى اختلاف سلوكه ومشاعره عن سلوك ومشاعر من هم في سنه.

أن تعمل المشكلة على الحد من كفاءة الطفل في التحصيل الدراسي وفي اكتساب الخبرات وتعوقه هذه المشكلة عن التعليم.

عندما تسبب هذه المشكلة في إعاقة الطفل عن الاستمتاع بالحياة مع نفسه ومع الآخرين وتؤدي لشعوره بالكآبة وضعف قدرته على تكوين علاقات جيدة مع والديه وإخوته وأصدقاءه ومدرسيه.

النظريات المفسرة للسلوك غير المقبول

ولإلقاء الضوء على النظريات المفسرة للسلوك غير المقبول، فسنقوم باستعراض أهم النظريات التي درست السلوك وهي:

النظرية السلوكية

قامت في أمريكا حركة نفسية هامة هي السلوكية كانت كرد فعل للنظريات النفسية التي سبقتها من جهة، وثورة على تركيز الدراسة في معامل ألمانيا على الشعور ومكوناته وعلى الاعتماد على التأمل الباطني كطريقة البحث في تحليل الشعور من جهة أخرى، وكان هدفها القضاء على النزعة الفلسفية في التفكير النفسي وجعل هذا العلم ضمن العلوم الطبيعية يعتمد في الوصول إلى حقائقه على التجريب والملاحظة الموضوعية للسلوك الظاهر، وقد تأثرت هذه الحركة بالنظرية الميكانيكية ونظرية دارون التي وضحت ارتباط الحياة البيولوجية بين كلاً من الإنسان والحيوان(يونس، 1993).

وقد تزعم واطسن الحركة السلوكية، فقام بحملة عنيفة ضد النظريات العقلية ونظريات الغرائز، مؤكدا أن علم النفس علم موضوعي تجريبي ضمن مجموعة العلوم الطبيعية، وهدفه التنبؤ بالسلوك والتحكم فيه، وأن التأمل الباطني كطريقة البحث في علم النفس لا يعتمد عليها، وقد فسر واطسن السلوك على أساس العادات التي تتكون آليا نتيجة تغيرات فسيولوجية يمكن تفسيرها على أساس ميكانيكي بحت، ونقطة البداية في العادات مثير خارجي يؤدي إلى الاستجابة، وهذه تكون ذاتها بمثابة مثير داخلي يؤدي إلى استجابة أخرى وهكذا، وينمو السلوك بتكوين سلاسل متصلة من العادات ثم تصبح هذه العادات أنماطا سلوكية تساعد الكائن على مواجهة مواقف الحياة، ونفس القول ينطبق على السلوك الاجتماعي الذي يتكون من سلاسل من العادات الميكانيكية المرتبطة بمثيرات البيئة الاجتماعية (يونس، 1993).

وتعتبر النظرية السلوكية من النظريات التي تستخدم المنهج التجريبي، وكان لها تطبيقات عملية في الميدان القيادي والتربوي، وقد استخدمت منهج حل المشكلات التجريبي في جانب المهارات النمائية والمشكلات السلوكية، والقوانين في هذا التوجه مشتقة من التعلم وتركز على تعلم سلوكات جديدة مقبولة والعمل على تقليل السلوكات غير المناسبة (يحيى، 2000).

ويعرف السلوكيون الشخصية كدالة لسلوك الأفراد، ويعتبرونها احتمالاً قوياً للفرد لكي يسلك طرقاً أو سلوكات متشابهة في مواقف مختلفة تشكل حياته اليومية، والتركيز على ما يقوم به الفرد في المواقف المختلفة دون الرجوع لسمات شاملة تجعل الفرد يتصرف بطريقة شخصية، ويتباين هذا التصور مع التصورات التقليدية للشخصية التي تفترض أن سلوك الفرد هو تعبير لمحركات أولية محددة تتمثل في الحاجات والرغبات والسمات والاندفاعات، ويعتقد السلوكيون أن الفرد يتعلم أن يسلك بطريقة محددة من خلال تفاعله مع البيئة ويرث تركيبا بيولوجيا يساعده في عملية التفاعل التي تحدد السلوك، كما يعتقدون بأن بعض السلوكات كالقيادة والصداقات... إلخ لا تورث بل تنتج عن التفاعل، ويركز السلوكيون على ماذا يفعل الفرد بدلا من ما هو؟ ومن الضروري فهم الطفل بدلا من إطلاق التسميات(يحيى، 2000).

ومعظم السلوكات متعلمة باستثناء الانعكاسات، وعندما تحدث العلاقة الوظيفية بين المثير في البيئة واستجابة الفرد يحدث التعلم. مثلاً: يتعلم الطفل أن البكاء يخلصه من الألم والجوع، ومن وجهة نظرهم أن السلوك السوي متعلم وكذلك السلوك غير السوي، وهناك معايير للحكم على السلوك غير السوي كالمعيار الاجتماعي والذاتي ومعايير أخرى كالشدة والتكرار، وتهتم النظرية بقياس تحت أي ظروف يحدث أو لا يحدث السلوك المرغوب وغير المرغوب فيه، وتحديد ما هو التغيرالمناسب في البيئة الذي يجعل الطفل قادرا على تعلم استجابات تكيفية مناسبة، ويحدث السلوك غير السوي عن طريق خبرات تعليمية سابقة أو فشل في تلقي الفائدة من الخبرات التعليمية المختلفة (يحيى، 2000).

فيكتسب الطفل العديد من السلوكات عن طريق مراقبة سلوك الآخرين وتقليدهم؛ بحيث يمكن القول: إن الإنسان ينخرط في السلوك العدواني تجاه الآخرين نتيجة عدة أسباب هي:

- المحاكاة.
- استقبال الشخص أو توقعه أشكالا عديدة من الإثابة للقيام بهذا السلوك.
- القيام بتشجيعه بشكل مباشر على السلوك لأسباب اجتماعية أو بيئية.

فالأطفال قد يكتسبون السلوك غير المقبول من خلال ملاحظة الأهل وهو ما يعرف بالنمذجة (مصطفى، 2009).

بعض الانتقادات التي وجهت للمدرسة السلوكية:

1. يركز الاتجاه السلوكي على السلوكات البسيطة وهو غير فعال في تطبيق اجراءته على المشاكل الإنسانية المعقدة.
2. يظهر السلوكيون أحيانا عدم اتفاق للمبادئ الأولية للنضج والنمو والدافعية الداخلية ورفضهم للعمليات الداخلية والمعرفية، ويتضح في حالة المضطربين سلوكيا أن الحاجة لفهم لماذا حصل؟ ومعرفة ماذا حصل؟ لا يكفي.
3. إن تعديل سلوك شخص يتضمن أسئلة جادة حول القيم التي لم يتم التعامل معها بعد على نحو ملائم، ويجب أن يؤخذ بعين الاعتبار أننا لا نغير الأطفال من أجل إرضاء الكبار، فالأطفال السلبيون الهادئون الذين يسهل التعامل معهم يمكن آلا يكونوا أسوياء.
4. بعض الجوانب الايجابية في البرامج السلوكية لا تستمر مع الوقت، وبعض البرامج السلوكية تظهر صعوبة في جانب انتقال التعلم، وغير قادرة على مساعدة الفرد لنقل المهارات التي تعلمها لمواقف مشابهة(يحيى، 2000).

نظرية الحكم الخلقي

نظرية بياجيه

انطلقت نظرية كولبرج (Kohlberg) في نمو الأحكام الخلقية من نظرية جان بياجيه حيث يرى بياجيه إننا إذا أردنا أن نفهم أخلاقيات الطفل فإن ذلك لن يكون إلا عن طريق دراسة بعض الألعاب الاجتماعية الشائعة بينهم، ذلك أن هذه الألعاب تتضمن مجموعة من القواعد التي يلم بها الطفل ويطبقها أثناء لعبه، والأخلاق من وجهة نظره ما هي إلا مجموعة من القواعد وروح هذه الأخلاق تبدو في احترام الطفل لهذه القواعد، ولقد نشر بياجيه كتابه عن الحكم الخلقي عند الطفل عام 1922(عريشي، 2005).

نظرية بياجيه في نمو الأحكام الأخلاقية

توصل بياجيه نتيجة لدراساته إلى أن الطفل يمر بأربع مراحل متتابعة لتطور فهم الطفل للقواعد واستخدامها، وهي مرتبطة بمراحل النمو المعرفي، وهي(عريشي، 2005):

1. **مرحلة الحس حركية:** تتميز هذه المرحلة بأنها حركية فردية فالطفل يلعب بوحي من رغباته وعاداته الحركية، ويكون متمركزا حول ذاته، وهذا يؤدي إلى تكوين قواعد مبدئية تزداد أو تنقص، كما أن الأنماط السلوكية السائدة في هذه المرحلة لا يمكن أن تكون قواعد بأي معنى جمعي أو اجتماعي، كما إن فكرة الخطأ والصواب لدى الطفل تتبلور من خلال سلطة الوالدين والكبار، وبالإضافة إلى ذلك فقدرات الطفل المعرفية تجعله يخلط بين القوانين الأخلاقية والقوانين المادية ويكتسب الطفل في هذه المرحلة بعض المهارات والتوافقات السلوكية البسيطة عن طريق تفاعل منعكساته الفطرية مع البيئة الخارجية.
2. **مرحلة التمركز حول الذات:** تبدأ هذه المرحلة بتبني الطفل لبعض القواعد المفروضة عليه من الخارج وذلك بالتقليد والتقمص، إلا أنه وبالرغم من هذا التقدم في نمو الطفل فإنه يستمر في تمركزه حول ذاته، ولا يلتزم بالقواعد التي

بدأ تقليدها، حيث نجد أن الأطفال أثناء لعبهم في جماعات يكون التفاعل الاجتماعي بينهم محدودا، وكلا منهم يلعب بكرياته منفردا دون أن يعني بمسايرة قواعد اللعبة، حيث أن القواعد تعتبر محترمة لا يمكن مسها لأنها وضعت من قبل الكبار، وهي مستمرة إلى الأبد وكل اقتراح بتغييرها أمر خاطئ من وجهة نظر الطفل، ومع ذلك يفشل الطفل في تطبيق هذه القواعد.

3. **مرحلة التعاون في الظاهر:** في هذه المرحلة يظهر الطفل مجهودا من أجل الفوز والكسب والاهتمام بالقواعد وتطبيقها، وتتميز هذه المرحلة بأن القواعد لا زالت غامضة ويظهر هذا من استجابة أطفال السابعة والثامنة الذين ينتمون إلى فصل واحد من فصول الدراسة فهم يلعبون معا وباستمرار، وإن سئلوا متفرقين فإن إجابتهم تكون متباينة، بل قد تكون متناقضة، ويرى الطفل أن القواعد يجب أن يحترمها كل من أراد أن يكون مطيعا، كما أن اهتمامه لم يعد حركيا بل أصبح اجتماعيا.

4. **مرحلة تقنين قواعد اللعبة:** في هذه المرحلة يبدأ الطفل في تقنين قواعد اللعبة، وهذا التقنين أصبح يتناول التفاصيل الدقيقة بخطوات اللعب، كما أن قانون اللعب يصبح في المعتاد معروفا لدى الأطفال والمراهقين الذين بلغوا المرحلة، وبالإضافة إلى ذلك فقد أصبح هناك اتفاق ملحوظ حول المعلومات، وحول نشأة الأخلاق في هذه المرحلة من داخل الطفل، فتنشأ لديه القواعد نتيجة للتفاعل الاجتماعي بين الطفل والبيئة الاجتماعية المحيطة به.

وتعتبر نظرية كولبرج في النمو الخلقي امتدادا لنظرية جان بياجيه في النمو الخلقي، ولكنها أكثر ضبطا وتنظيما منها، وتعتبر نظرية كولبرج من أحدث نظريات النمو الخلقي ونمو التفكير الأخلاقي بشكل خاص، إذ أنها تعتبر من أكثر النظريات ثراء من حيث استثارتها للبحوث في التفكير، وقد قام كولبرج (1963) بدراسات عن النمو الخلقي لدى الأطفال، كما يرى استمرارية هذا النمو وتواصله حتى سن الرشد، ويرى كولبرج أن الفرد يمر بالمستويات والمراحل الخلقية بطريقة متتابعة ومتدرجة من النمو، كما أنه لا يحدث انتقال من مرحلة إلى أخرى أعلى منها بصورة مفاجئة، ولكن يتم الانتقال بصورة تدريجية، والهدف الأساسي والنهائي لهذه المراحل

هو أن يصل الفرد إلى النضج الخلقي، الذي يتم قياسه من خلال الأحكام الخلقية التي يصدرها الفرد عن طريق الاختبار بين قضيتين أو قيمتين.

مراحل النمو الخلقي عند كولبرج:

لقد حدد كولبرج ثلاث مستويات للنمو الأخلاقي يشتمل كل منها على مرحلتين فرعيتين من مراحل النمو، ويمكن إيجازها فيما يلي:

المستوى الأول: أخلاقية ما قبل العرف والقانون:

في هذا المستوى يقع الأطفال وبعض المراهقين ونسبة كبيرة من الجانحين والمجرمين، والذي ترتبط فيه أحكام الفرد الأخلاقية بالالتزام بالقواعد الاجتماعية المحددة لما هو مقبول أو مرفوض، وذلك من خلال القوة الخارجية التي تفرضها هذه القواعد، والنتائج المادية السارة وغير السارة المترتبة عليها، ويضم هذا المستوى مرحلتين فرعيتين هما(عريشي، 2005):

الأولى: أخلاقية العقاب والطاعة:

يصف كولبرج هذه المرحلة على أنها مرحلة اتجاه عقاب وطاعة، حيث أن نتائج الفعل الجسمانية هي التي تحدد ما إذا كان الفعل صوابا أو خطأ، كما أن الطفل في هذه المرحلة يسعى إلى تجنب العقاب، ويكمن هذا الهدف وراء كل ما يقوم به الطفل وما لا يقوم به من تصرفات وأفعال، ولكي تكون تصرفات الطفل سليمة وصائبة يجب عليه أن يطيع السلطة ويذعن لها ولأوامرها ومطالبها، ولا يوجد لدى الطفل في هذه المرحلة مفهوم واضح عن حقه في أن يسلك على نحو ما.

الثانية: أخلاقية الفردية والغائية النفعية وتبادل المصالح.

ترتبط الأحكام الأخلاقية في هذه المرحلة بما يشبع عمليا حاجات الفرد نفسه، وحاجات الآخرين إذا كان إشباعها ضرورة لإشباع حاجاته، ولهذا فإن الفرد ينظر إلى العلاقات الإنسانية من وجهة نظر نفعية.

المستوى الثاني: أخلاقية العرف والقانون:

يطلق على هذا المستوى مستوى التبصر بالتقاليد والتمسك بمراعاته، ويقع كثير من المراهقين ونسبة كبيرة من الراشدين في هذا المستوى ينضبط سلوك الفرد ويبدأ في مسايرة توقعات الأسرة والمجتمع المحيط به، والحرص على مواصلة الارتباط بكل منها يعتبر أمرا ذا قيمة وأهمية في نظر الفرد، ويضم هذا المستوى مرحلتين هما:

1. **أخلاقية التوقعات المتبادلة، العلاقات، والمسايرة:** يطلق عليها أحيانا مرحلة الإبقاء على العلاقات الطيبة، فالسلوك الحسن هو الذي يسعد الآخرين ويساعدهم، كما أن الفرد في هذه المرحلة يساير الناس في محاولة منه تحقيق الصورة التي تعارف عليها الناس كإنسان طيب.
2. **أخلاقية النظام الاجتماعي والضمير:** يشير كولبرج إلى أن الفرد في هذه المرحلة يكون على درجة عالية من الاتزان، وغالبا ما تكون أعلى مرحلة يصل إليها الراشدون، فهي تعالج المشكلات الاجتماعية بكفاءة.

المستوى الثالث: مرحلة ما بعد العرف والقانون:

يمثل هذا المستوى أعلى مستويات التفكير الخلقي، وينتقل إليه بعض الأفراد في المراهقة وأوائل الرشد، حيث لا يصل إليه إلا البعض فقط، ويتميز هذا المستوى بالاتجاه نحو المبادئ الخلقية، وينظر الأفراد من خلال هذا المستوى إلى المشكلات الخلقية بمنظور أبعد من المنظور القائم، إذ ينظرون إلى القواعد والمعايير والقوانين الاجتماعية على أنها ليست مطلقة بل هي نسبية، ويضم مرحلتين هما(عريشي، 2005):

1. **أخلاقية العقد الاجتماعي والحقوق الفردية:** يصل قليل من الأفراد إلى هذه المرحلة، فالأفراد يصدرون في هذه المرحلة أحكامهم الخلقية بوحي من إدراكهم بأن أوامر المجتمع استبدادية بعض الشيء.
2. **أخلاقية المبادئ العالمية (الإنسانية):** قلة من الأفراد يمكن له تحقيق هذه المرحلة، ويعتبرها كولبرج مرحلة افتراضية ترتبط فقط بمبادئ بعض النماذج النادرة، والحكم الأخلاقي الصادر في هذه المرحلة هو الحكم المتسق مع

المبادئ العامة والتي يجب أن يتمسك بها الفرد والمجتمع، وعادة ما تكون هذه المبادئ مجردة وليست ملموسة كقواعد خلقية.

نظرية التحليل النفسي:

أ. نظرية فرويد:

يرى فرويد أن عملية التوافق الشخصي غالبا ما تكون لا شعورية، أي أن الفرد لا يعي الأسباب الحقيقية لكثير من سلوكياته، فالشخص المتوافق هو من يستطيع إشباع المتطلبات الضرورية للهو بوسائل مقبولة اجتماعيا، ويرى فرويد أن العصاب والذهان ما هما إلا عبارة عن شكل من أشكال سوء التوافق، ويقرر أن السمات الأساسية للشخصية المتوافقة والمتمتعة بالصحة النفسية تتمثل في ثلاث سمات هي: قوة الأنا، والقدرة على العمل، والقدرة على الحب.

يرى فرويد أن حالة سوء التوافق ناجمة عن ضعف قدرة الأنا وذلك نتيجة لضعف طاقة البيدو وتثبت قوتها في مرحلة الطفولة، وعلى ذلك لا تستطيع الأنا التغلب على الاحباطات أو الضغوط المرتبطة بالهو والأنا الأعلى، الأمر الذي يجعل الأنا قد تستجيب لاحباطات خارجية، وذلك بالسماح للمزيد من طاقة البيدو للعودة إلى نقطة مبكرة من عملية التثبت، فينتج عن ذلك أنانية الطفولة والنرجسية، وربما يسيطر على الفرد ضمير عنيف وقاسي مما يؤدي إلى استخدام الأنا المختلف ميكانزمات الدفاع وحرمان الفرد من السعادة التي تكون مقبولة اجتماعيا، كما ينظر فرويد إلى العدوان على أنه غريزة فطرية لا شعورية تعبر عن رغبة كل فرد بالموت وتدفعه إلى التدمير وتعمل من أجل إفناء الإنسان بتوجيه عدوانه خارجاً نحو تدمير الآخرين، وإذا لم يستطع يرتد ذلك العدوان ضد الفرد نفسه بدافع تدمير الذات ممثلاً في الانتحار(حنتول، 2004).

وقد نظر فرويد إلى الشخصية السوية من خلال ما يلي:

أ- أنها تحتوي على عناصر غير عقلانية قوية، فقد اعتبر فرويد أن كلا من الشخص العاقل والشخص المضطرب العقل، مدفوعان من قاع العقل "بهو" غير عاقل تهدف دوافعه الغريزية الطائشة إلى اللذة والعدوان.

ب- يتشكل الأداء الوظيفي للشخصية الراشدة إلى حد كبير من خلال أحداث حدثت قبل مرحلة الرشد بوقت طويل، وهي أحداث من الصعب الوصول إليها،

فالقلق الشديد في أية مرحلة من مراحل التطور الجنسي النفسي، قد يؤدي في الحالات الحادة إلى سلوك غير سوي، فيرى فرويد أن الخصائص العادية لشخصية الراشد تتقرر بمدى نجاحه في إشباع دوافعه الغريزية قبل سن السادسة.

ج- تتسم الشخصية السوية بوجود توازن بين العناصر البنائية الثلاثة (ألهو، والأنا، والأنا الأعلى)، فعلى الرغم من أن رغبات ألهو هي المولدة للسلوك، فإن الأنا، والأنا الأعلى هما اللذان يقرران الشكل الذي سيأخذه هذا السلوك.

أما الشخصية غير السوية فقد نظر إليها فرويد من خلال ما يلي(علي، 1995):

1. أن توزيع الطاقة بين العناصر البنائية الثلاث (ألهو، والأنا، والأنا الأعلى) للشخصية قد تم بطريقة تفتقر إلى التوازن والانسجام أو يصاب بالانحراف أو الخلل بسبب صدمة أو عجز أو اضطراب في التطور الجنسي النفسي في مرحلة الطفولة المبكرة.

2. عندما يضطرب التوازن بين هذه القوى البنائية الثلاثة، فقد تحدث العديد من الأعراض:

3. فإذا ضعف الأنا ستكون اليد العليا للدفعات العدوانية " للهو " وسيؤدي ذلك إلى إنتاج شخص انتهازي يفتقر إلى المسؤولية الأخلاقية.

4. وإذا أصبح " الأنا " الأعلى مسيطرا قد تحدث مبالغة في استخدام الدفاع بحيث تفسد الأداء الوظيفي السوي، فالشخص الذي يعتمد بشدة على الإسقاط كنوع من أنواع الدفاع قد ينتهي به الأمر لأن يتخيل أن كل من حوله يريدون تحطيمه والقضاء عليه، وهي حالة إذا زادت حدتها قد تؤدي إلى إصابة الشخص بالبارانويا.

5. رغم تعدد الأعراض التي قد تحدث نتيجة لاضطراب التوازن بين هذه العناصر الثلاثة، أيا كان العنصر الذي امتلك القوة على العناصر الأخرى، فإن الأنا عادة يصبح ضعيفاً.

فيؤكد فرويد على أن السلوك غير المقبول ما هو إلا تعبير عن أزمة نفسية داخلية وإشباع لا شعوري لغريزة عدوانية مكتسبة من فترة النشأة والتكوين، والتي نمت في ظل فشل مؤسسة الأسرة في التهذيب والتربية، سواء بالقمع والحرمان والقسوة، أو بالإشباع الزائد للرغبات وعدم رد أي طلب أو مواجهته بالتقويم المعياري السلبي، كل ذلك ينتج لاحقا بين المكونات الذاتية الشعورية وغير الشعورية، فتضطرب الدوافع العدوانية وتخرج عن السيطرة، أو يتحول الحال إلى رد فعل عنيف ومتطرف على معايير المجتمع فيحلو حينئذ انتهاك القانون والاعتداء على الحياة الاجتماعية، بما فيها من أعراف وتقاليد ومقدسات.

ب. نظرية ستاك سوليفان

على خلفية معارضة المسلمات الفرويدية الأساسية صاغ الطبيب النفسي الأمريكي هاري ستاك سوليفان(1892-1949) نظريته في التحليل النفسي. وقد استمد أفكاره وتصوراته من ملاحظاته اليومية لسلوك مرضاه من جهة، والاستنتاجات التي خلص إليها الباحثون الذين تناولوا الجانب الاجتماعي في الشخصية وأثر التفاعل الاجتماعي فيها، وتقترب نظرية سوليفان من نظريتي هورني وفروم ليس في رفضه للمحددات البيولوجية وحسب، بل وفي طرحه البديل الثقافي والاجتماعي، فقد كان الفرد في الجماعة مدخله العام في دراسة السلوك السوي والسلوك المرضي، وهذا ما جعله ينظر إلى الشخصية في نموها وتبلورها عبر شبكة العلاقات الجماعية القائمة بين الأفراد(علي، 1995).

ويشير سوليفان في نظريته أن الفرد بحكم طبيعته يكون معرضا للكثير من الانفعالات السلبية والتوترات وأن هذه التوترات والانفعالات السلبية مثل الخوف والوحدة، يمكن تجنبها أو التقليل منها بواسطة الانضمام في أنماط معينة من التفاعلات وإقامة علاقات بينه وبين الآخرين(عطية، 2001).

وقد أكد من خلال نظريته على أهمية العلاقات الاجتماعية والتفاعلات المتبادلة مع الوالدين خلال عملية التنشئة الاجتماعية في نشأة السلوك المقبول أو المنحرف، وقد رأى سوليفان أن الشخصية لا تفصح عن نفسها إلا من خلال سلوك الشخص في علاقته

مع فرد آخر أو اكثر فالفرد لا يعيش بمعزل عن الآخرين، وإنما يدخل منذ ميلاده في علاقات متبادلة مع المحيطين به ثم تتسع دائرة هذا الاتصال بالآخرين كما تدخل العمليات العقلية التي نقوم بها ضمن هذه العلاقات الشخصية المتبادلة فنحن ندرك ونتذكر ونفكر في إطار تلك العلاقات مثلما نشبع احتياجاتنا ونحقق أهدافنا(عطية، 2001).

ويتحدث سوليفان عن ثلاثة مبادئ، هي: مبدأ الوجود الاجتماعي، ومبدأ النشاط الوظيفي، ومبدأ التنظيم، معتبراً نقل هذه المبادئ من "البيئة البيولوجية" إلى "البيئة النفسية عملاً مشروعاً، لأنها، قوانين نهائية لا تحتاج صلاحيتها والاعتماد عليها في دراسة الشخصية إلى برهان، ولدى تحليله لبنية الشخصية يرى أنها تشتمل على "القلق" و"الانفصال" و"التصعيد" و"الفكرة المسيطرة" و"الحسد"، وقد أطلق على هذه المركبات اسم ديناميات السلوك الإنساني، مستخدماً إياها في وصف علاقة الفرد بالآخرين في شتى المواقف الاجتماعية، ويتناول سوليفان ديناميات السلوك كطاقة يزود بها الكيان الإنساني منذ الولادة(علي، 1995).

فهو ينسبها إلى مكونات اللاوعي من الجهاز النفسي، فالقلق، مثلاً، هو سمة من بين السمات التي تلازم الإنسان طوال حياته، ويتجلى وجودها في إحساس الطفل بالحاجة الدائمة إلى عطف أمه ومساندتها، واقتران ذلك بخوفه المستمر من الانفصال عنها، ويرى سوليفان أن عدم وصول الفرد إلى تلبية حقيقية لحاجاته يقود إلى نشوب صراع داخلي لديه، وبالتالي نشوء الأعراض المرضية التي تحدد مستوى علاقته بالعالم الخارجي، ويعزو السبب في ذلك إلى تعارض حاجات الفرد مع الأساليب الاجتماعية التامة، أو إلى ما يعانيه الفرد من "قلق" إزاء وضعه في المجتمع. إن التأكيد على دور المجتمع في نشأة الحاجات وتوجيه مسار ديناميات السلوك يفقد قدراً كبيراً من مصداقيته حينما ينظر إليه من خلال موقعه الحقيقي ضمن الإطار العام لتصورات سوليفان حول آليات النشاط النفسي، ذلك لأن دينامية هذا النشاط تقررها طاقة محددة سلفاً وثابتة نسبياً، ولأن دور الظروف الاجتماعية يقتصر على توفير موضوعات هذا النشاط وتحديد وجهته، وقد بحث سوليفان عن أسباب انفصام الشخصية

والاكتئاب وجنون العظمة في المعطى القبلي المتمثل في النقص الطبيعي الذي يدركه الإنسان في ذاته، بدلاً من البحث عنه في الخبرة والتاريخ الاجتماعيين للفرد.

وهكذا تكون إرادة سوليفان في تقديم فكر جديد ومتميز في الطب النفسي قد بقيت حبيسة النزعة الانتقائية والتوفيقية التي اتسمت بها الاتجاهات الجديدة في التحليل النفسي، ولم تقدم نظريته شيئاً كثيراً على صعيد العلاقة بين الشخص والمجتمع، ما عدا بعض الإشارات والإيماءات إلى أثر اختلاف العلاقات الاجتماعية والانحلال الأخلاقي في المجتمعات الغربية في التصدع النفسي وزيادة الحالات المرضية، وبدلاً من أن يتوجه إلى معالجة الظواهر الاجتماعية السلبية وإصلاحها بوصفها المسؤولة عن الاضطرابات النفسية المتفاقمة، كما يوحي بذلك اسم نظريته، انصرف للبحث عن التقنيات الكفيلة بتكوين اتجاهات إيجابية عند الفرد تجعله يتقبل مجتمعه ويتكيف مع ظروفه، وتمكنه من بناء علاقات عادية مع الأخرى(علي، 1995).

ويحدد سوليفان ثلاث مستويات للنمو هي:

1. الخبرة المبكرة ويعتمد نمو الخبرة في هذه المرحلة أو هذا الطورعلى الإحساسات التسلسلية ويتسم الفرد فيها بالتمركز حول الذات، وعدم القدرة على إدراك ذاته ككيان منفصل عما حوله، كما تتسم إحساساته بالانفصال) الانعزال (عن بعضها، و أيضاً يتسم الفرد بعدم فهم العلاقات السببية).
2. الخبرة التراكمية ويعتمد نمو الخبرة المعرفية في هذا الطور على الإحساسات المتعاقبة ونعني بها أن الفرد يدرك تعاقب الأحداث وتتابعها لكنه لا يدرك العلاقة السببية بين الأحداث والمسببة لهذا التعاقب ،يدرك الفرد قدرته وإرادته، يقل تمركزه حول ذاته، يؤمن بالسببية السحرية فالإرادة هي السبب (الأشياء تحدث لأننا نريدها أن تحدث).
3. الخبرة المنظمة وتعتمد خبرة الفرد المعرفية على إدراك الفرد للعلاقات السببية بين الأحداث ينتهي تمركز الفرد حول ذاته، تستخدم اللغة للتنبؤ بالأسباب) (علي، 1995).

وقد افترض سوليفان وفقا لتوجهه خمس احتياجات اجتماعية أساسية هي: (الحنان، والصحبة، والتقبل من الآخرين، والألفة، و(الاحتكاك) الاتصال بأفراد آخرين من جنس مخالف)، ومن أهم المبادئ التي أقام عليها سوليفان نظريته الشخصية:

1. العلاقات الشخصية المتبادلة.
2. نظام التوتر.

حيث أكد سوليفان في نظريته على أهمية العلاقات بالآخرين لدرجة أنه أوضح أن العلاقات الشخصية المتبادلة بين الأفراد هي أساس وجود الشخصية، فالإنسان منذ اللحظة الأولى لوجود يدخل في علاقات متبادلة على الأقل مع شخصية شخص أخر مثل (الأم) (عطية، 2001). نظرية التحليل النفسي الاجتماعي(اريكسون) نمو الشخصية سلسلة من التحولات يوصف كل تحول بنقطتين متقابلتين تمثل أحداهما خاصية مرغوب فيها وتمثل الأخرى المخاطر التي يتعرض لها الفرد، ولا يعنى اريكسون أن الخصائص الموجبة هي التي ينبغي أن تبزغ وأن أي مظهر خطر يحتمل حدوثه غير مرغوب فيه. وإنما يؤكد على أننا ينبغي أن نسعى لكي تكون السيطرة للجوانب الايجابية. وحين تزيد الخاصية السلبية على الخاصية الايجابية تظهر صعوبات النمو مراحل النمو النفسي الاجتماعي:

1- مرحلة الثقة مقابل عدم الثقة (منذ الميلاد حتى السنة الثانية):

إن الاتجاه النفسي الاجتماعي الذي على الوليد تعلمه هو أنة يستطيع إن يثق في العالم. وينمى هذه الثقة الاتساق في الخبرة والاستمرارية والمماثلة في إشباع حاجاته الأساسية عن طريق الوالدين . فإذا أشبعت هذه الحاجلة وإذا عبر الوالدان نحوه عن عاطفة حقيقية وحب فان الطفل يعتقد إن عالمة آمن يمكن الوثوق بت أما اذا كانت الرعاية ألوالديه قاصرة وغير متسقة أو سلبية فإن الأطفال سوف يتعاملون مع العالم بخزف وشك.

2- مرحلة الاستقلال مقابل الشك (3 سنوات):

ويعد أن يتعلم الأطفال أن يثقوا في الوالدين (أو لا يثقون فيهما)، ينبغى إن يحققوا قدراً من الاستقلال، فإذا أتيح لهم الحبو وشجعوا على إن يعملوا ما يقدرون

علية بمعدلهم وبطريقتهم مع أشراف حاني من الوالدين والمربين فأنهم ينمون أحساسا بالاستقلال الذاتي، أما إذا لم يصبر الوالدان، وقاما بكثير من الأعمال نيابة عن طفل الثالثة فأنهما يشككان في قدرته على التعامل مع بيئته . وفضلا عن ذلك، فانة ينبغي أن يتجنب الوالدان إخجال الطفل عن السلوك غير المقبول إذ يحتمل أن يسهم هذا في تنمية مشاعر تشككه في نفسه.

3- **مرحلة المبادأة مقابل الخجل(4- 5 سنوات):**

إن قدرة الطفل على المشاركة في كثير من الأنشطة الجسمية وفى استخدام اللغة يعد المسرح للمبادأة والتي تضيف إلى الاستقلال الذاتي خاصية القيام بالفعل والتخطيط والمعالجة ذلك أن الطفل يكون نشطا ومتحركا . وإذا أتيح لطفل الرابعة والخامسة الحرية للاكتشاف والارتياد والتجريب وإذا أجاب الوالدان والمعلمون عن أسئلة الطفل فأنهم يشجعون اتجاهاته نحو المبادأة . أما أذا قيد الأطفال في هذا العمر وأشعروا بأن أنشطتهم وأسئلتهم لا معنى لها ومضايقة فإنهم سوف يشعرون بالإثم فيما يفعلون على نحو مستقل.

4- **الاجتهاد مقابل النقص (6- 12 سنة)**

يلتحق الطفل بالمدرسة في مرحلة من نموه ويسيطرعلى سلوكه حب الاستطلاع والأداء، إنة يتعلم الآن كيف يحصل على التقدير يصنع الأشياء بحيث ينمى أحساسا بالجد والاجتهاد. والخطر في هذة المرحلة أن يخبر الطفل مشاعر النقص والدونية وإذا شجع الطفل على صنع الأشياء وإتمام الأعمال، وأثنى علية لمحاولاته يشعر بالاجتهاد والإنجاز. وإذا باءت جهود الطفل بالإخفاق أوإذا وعملت على أنها مضايقة ومقلقة يشعر بالنقص والقصور.

5- **الهوية مقابل تميع الهوية (12- 18 سنة):**

إن الشباب يتقدم نحو الاستقلال عن الوالدين وتحقيق النضج الجسمي . وهم يهتمون بنوع الأشخاص الذين يصيرون إلية. أن الهدف في هذه المرحلة هو تنمية هوية الذات، أي أن الفرد يثق في استمرارية شخصيته واستقرارها وتماثلها، والخطر الذي يتعرض له الشاب في هذه المرحلة هو الخلط في الدور، وخاصة التشكك في هويته الجنسية والمهنية. وإذا نجح المراهقون، كما ينعكس ذلك في استجابات الآخرين،

في تحقيق تكامل في أدوارهم في المواقف المختلفة بحيث يخبرون الاستمرارية في ادراك الذات . فإن الهوية تنمو. وإذا عجزوا عن تحقيق إحساس بالاستقرار في الجوانب المختلفة من حياتهم ينتج عن ذلك الخلط والارتباك.

6- مرحلة الالفة مقابل العزلة (18- 35 سنة):

لكي يخبر الفرد نموا مشبعاً ومرضياً في هذه المرحلة فأنة يحتاج إلى تكوين علاقة حميمة بشخص آخر والإخفاق في عمل هذا يؤدى إلى أحساس بالعزلة.

7- مرحلة الانتاج مقابل الركود (35- 60 سنة):

أي أن يهتم الفرد بإرشاد وتوجيه الجيل القادم وترسيخ اقدامة . والذين يعجزون عن الاندماج في عملية التوجيه يصبحون ضحايا الانغماس في الذات والركود.

8- مرحلة التكامل مقابل اليأس (60 سنة إلى الموت):

التكامل هو تقبل الفرد لدورة حياته , باعتبارها هي الدورة المناسبة لة بالضرورة ولم يكن لها بديل. واليأس تعبير عن أن الزمن الآن قصير لا يسمح بالبدء في حياة جديدة وتجريب طرق بديلة لتحقيق التكامل.

نظرية الجشتالت

يعود الفضل في تأسيس نظرية الجشتالت لماكس فرتهيمر، وقد ساعده منذ بداية النظرية كل من كوفكا وكوهلر والعلماء الثلاثة من ألمانيا. ونظرية الجشتالت تدخل ضمن المدرسة المعرفية، وقد ظهرت في ألمانيا كثورة ضد اتجاه السلوكيين في دراسة السلوك وجعله عبارة عن مجموعة من الروابط العصبية بين المثير والاستجابة، ونقطة البداية عند الجشتالت في دراسة السلوك هي البيئة الاجتماعية لا الفرد: والإدراك هو محور الارتكاز فيها، وتتلخص هذه النظرية في أن إدراك الأجزاء يتحدد بعلاقتها بالكل؛ لأنها تتخذ صفاتها من هذه العلاقة، وأن أي موقف من مواقف الحياة إنما يحتوي على عدة قوى وعناصر تتفاعل مع بعضها، لما للموقف من خاصية ديناميكية، وينشأ عن هذا التفاعل تنظيم العوامل والعناصر المختلفة للتوقف تنظيما خاصا في اتجاه تكوين تنظيم جيد أو "جشتالت جديد"، ويرى فرتيمر أن التنظيم يرمي في النهاية إلى الوصول إلى حالة اتزان وأن المدرك يميل إلى التكامل المنظم، بمعنى أن الإدراك يتجه نحو الشكل المنسق والتنظيم النهائي للموقف من شأنه عادة

إبراز بعض العلاقات في مركز انتباه الفرد، بينما تبقى العلاقات الأخرى في الحاشية، أي أن الكائن يدرك الشيء كصورة محددة على أرضية غير محددة، وهذا يعني أن أي موقف سلوكي ليس مجرد مجموع مثيرات واستجابات أو عادات سابقة، وإنما هو كل يمثل نموذجاً وترتيباً يختلف عن غيره إن أصحاب نظرية الجشتالت يفسرون عملية التعلم على أنها عملية إعادة تنظيم المجال الإدراكي الذي يوجد فيه الكائن، وهي دراسة الإدراك والسلوك من زاوية استجابة الكائن الحي لوحدات أو صور متكاملة وليس من خلال مفردات متناثرة، والجشتالت كلمة ألمانية تعني النمط أو الصغية أو الشكل أو الكل، وهي عبارة عن بنية أو صورة من الظواهر الطبيعية والبيولوجية او السيكولوجية، بيحث تؤلف وحدة وظيفية متكاملة ذات خصائص معينة لايمكن استمرارها بأجزائها بمجرد ضم بعضها إلى بعض، وإنما ضمن إطار الكل الذي يؤلف بين الأجزاء، ولهذا فإن إستجابة الإنسان إلى حالة ما تعني كل الاستجابة إلى الحالة بكامل أجزائها في أثناء وجودها مع بعضها البعض في حالة تفاعل وتكامل ذات معني، وإن تركيز علماء الجشتالت على الكليات المتحدة لا يعني عدم اعترافهم بالانفصال بين الوحدات، فمن وجهة نظرهم أن الجشتالت من الممكن أن يشار إليه على أنه كل معزول بنفسه أو منفصل عن الكليات الأخرى، ومن هذا التصور خرجت فكرة (الشكل والأرضية)، حيث إن الموقف يتكون من عدة جشتالتات أو كليات، ويتم إدراك الموقف من خلال مرحلتين:

1- **الشكل:** الجشتالت البارز المميز أمام الفرد.
2- **الأرضية:** الخلفية الأقل تحديداً وتمايزاً، والتي يظهر عليها الشكل (يونس، 1993).

وهكذا يؤكد الجشتالتيون في نظريتهم وحدة الكائن الحي مع المجال السلوكي الذي يوجد فيه، ويوضحون أهمية ديناميكية تفاعل قوى المجال وقت حدوث الإدراك، كما يرون أن السلوك الذي يثيره الموقف يعتمد على معنى هذا الموقف بالنسبة للفرد وعلى علاقته بعوامل وقوى المجال الأخرى(يونس، 1993).

وتقدم تفرقة بين معنيين للبيئة هما البيئة الجغرافية والبيئة السلوكية ويشير اصطلاح البيئة الجغرافية إلى محيط الكائن لا من حيث هو موجود، أما البيئة السلوكية فتشير إلى هذا المحيط من حيث تأثيره في السلوك من حيث أنه مجموعة من القوى توجه السلوك هذه الوجهة أو تلك، حيث تؤكد هذه المدرسة على أنه لا يمكن فهم سلوك الكائن الحي إلا بالنظر إلى مجاله الكلي (سماته المختلفة، العوامل البيئية المرتبطة به خاصة الجوانب الاجتماعية، ويتكون المجال الكلي من أربعة عناصر يجب التعمق في دراستها هي:

أ. التاريخ الاجتماعي للشخص وخبراته الماضية.

ب. البيئة الحالية المعايشة للفرد سواء المادية أو الاجتماعية.

ت. الحالة الصحية الراهنة للشخص (نفسيا – بدنيا).

ث. طبيعة المثير (الفعل) ونوع الاستجابة (رد الفعل)(عطيه، 2001).

نظرية العاملين

تعد نظرية العاملين الخطوة الأولى التي انبثقت منها جميع النظريات العاملية التي تهدف إلى تفسير الذكاء وقدراته العقلية المختلفة وهي تعتمد في جوهرها على الخواص الرئيسية لمعاملات ارتباط الاختبارات العقلية المعرفية، وتهدف نظرية العاملين إلى تفسير النتائج العملية للقياس العقلي والمعرفي وقد توصل إليها سبيرمان عام 1904 من خلال دراساته لمعاملات الارتباط بين العمليات العقلية المختلفة، وتتلخص هذه النظرية في أن أي عملية عقلية تعتمد على عاملين: عامل عام يرمز له بالحروف (c) وعامل خاص يرمز له بالحرف (s) والعامل العام يشير إلى الذكاء، ويوجد لدى جميع الأفراد بدرجات متفاوته، كما أنه يدخل في جميع العمليات العقلية ولكن بدرجات متفاوته أيضا، ويعتبره سبيرمان مصدر الطاقة العقلية التي تناظر الطاقة الجسمية، أما العامل الخاص فهو يختص بعملية عقلية معينة دون غيرها، ويرجع سبيرمان عدم الارتباط التام بين العمليات العقلية المتنوعة إلى هذا العامل، ويختلف الأفراد فيما بينهم في قوة ومدى العوامل الخاصة، كما أن قوة هذه العوامل ومداها يختلف لدى الفرد نفسه، وقد يتمتع الفرد بمقدار كبير من العامل العام، ومع ذلك يكون مقدار ما لديه من أحد

العوامل الخاصة ضعيفا، أي يكون مرتفع الذكاء وضعيفا في الرسم ممثلا، وقد يحدث العكس فيكون متفوقا في الرسم أو الموسيقى ومتوسطا في الذكاء(يونس، 1993).

النظرية المعرفية

تشير النظرية المعرفية في تفسير السلوك أن الأطفال يطورون معارفهم عن الآخرين، وعند فحص كيف يتطور فهم الطفل للآخرين سوف نجد أن ذلك مرتبط بنمو إدراكاتهم عن ذواتهم، وأنه يركز على أساس (سيكولوجي) ويتزايد بازدياد إدراك الفروق بينه وبين الآخرين، كما أن المفهوم يزداد اتساقاً وتنظيماً وتكاملاً بازدياد العمر، وعلى هذا الأساس ينتقل الطفل من وصف مظاهر الآخرين إلى التركيز على: أفعالهم السلوكية، يليها التركيز على: سمات الشخصية، ثم إصدار الأحكام عليهم.

وقد بدأ الاهتمام بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات والعلاج النفسي مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي, ففي عام 1952 نشر بك مقالاً حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن، وكانت بداية لإسهامات جليلة لبيك في العلاج المعرفي للاكتئاب, وفتحت المجال أمام إسهامات أخرى لأليس وميكانبيوم وسيلجمان وغيرهم، وكان ألبرت اليس آنذاك من رواد العلاج المعرفي السلوكي، الذي تخلى عن التحليل النفسي نظراً لأنه يستغرق وقت طويل ونتائجه غير أكيدة . لذلك ابتكر علاج أكثر نشاطاً وتوجيهاً، وأقل مدة وأطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي الذي يرمز له RET، ويهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدى إلى مشاعر غير منطقية مما يؤدي إلى معظم الاضطرابات النفسية، وفى نفس الوقت توصل آرون بيك إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب في الفترة من 1960 – 1965، حيث بدأ عمله قبل هذه الفترة في محاولة للتوصل إلى تفسيرات وقواعد علمية للتحليل النفسي، ولكنه انتهى بوضع أساسيات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي كما وصفها ألبرت اليس بالإضافة إلى فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حل المشاكل، والمهارات الاجتماعية،

ومهارات التكيف، ومهارات السيطرة على الذات، وقد تحدد العلاج المعرفي السلوكي في ثلاثة أبعاد هي:

- أن النشاط المعرفي يؤثر في السلوك.
- أن النشاط المعرفي يمكن قياسه واختباره وتغييره.
- أنه من الممكن استبدال السلوك السلبي عن طريق تغيير الأفكار الخاطئة.

ويقصد بكلمة معرفة العمليات التي تعني بتصنيف وتخزين ودمج المعلومات التي يتعرض لها الإنسان مع المعارف الموجودة لديه واستدعاء واستخدام هذه المعارف فيما بعد، وقد حدد علماء النفس المعرفي مجموعة من الوظائف المعرفية منها ما يلي: الانتباه، الذاكرة، التفكير، الإدراك، تكوين المفاهيم، التعلم، اللغة، الحكم على الأمور، الاستبصار، اتخاذ القرار، التخطيط، وحل المشكلات، ويُعَرف العلاج المعرفي بأنه أحد طرق العلاج النفسي الذي يستخدم في الكثير من الأمراض النفسية مثل الاكتئاب والقلق واضطراب المزاج الثنائي القطب وغيرها بهدف مساعدة المريض في إدراك وتفسير طريقة تفكيره السلبية، بهدف تغييرها إلى أفكار ايجابية أكثر واقعية، ويمكن أن يستخدم متزامناً مع الأدوية المستعملة في علاج الاضطراب (مختار، 1999).

مبادئ النظرية المعرفية والعلاج المعرفي:

يتضح من كتابات بيك في الفترة ما بين 1965 - 1991 ومن كتابات بعض زملائه إن النظرية المعرفية للأمراض النفسية تتخذ من الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات المحور الأساسي الذي تدور حوله تفسيرات النظرية المعرفية للاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان، وتفترض هذه النظرية أن وجود الاضطرابات لدى الفرد مرتبط بوجود تحيز وأخطاء في معالجة المعلومات لديه. كما تفترض وجود أبنية معرفية (مخطوطات) كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على المريض من خلال ما ينتج عنها من أفكار داخلية تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره، وللإنسان من وجهة النظر المعرفية دور نشط في تكوين واقع خاص به، ويعتمد الإنسان في رؤيته لما حوله على نظام معالجة المعلومات لديه الذي يختار من

خلاله ويغير ويفسر المثيرات التي تصادفه، وتلعب المعاني الشخصية (الذاتية) التي يعطيها لما يعترضه من حوادث دورا هاما في قدرته على التكيف، فقد يستجيب باستجابات سلوكية أو انفعالية غير متكيفة إن هو أخطأ في تفسير ما يحدث من حوله، وهكذا فإن المعرفة تؤثر على الانفعالات وعلى السلوك، ومع ذلك فإن النظرية المعرفية لا تفترض أن الأفكار تسبب السلوك أو الانفعالات (وبالذات في الكتابات الحديثة لأصحاب تلك النظرية)، لأنها (الأفكار) لا تسبق الانفعالات أو السلوك في كل الأحوال. وترى عوضا عن ذلك أن هناك تفاعل وتأثير متبادل بين هذه المتغيرات. تفترض النظرية المعرفية انه من الممكن التعرف على الأفكار واستنباطها ولكن ذلك لا يعني أن الأفكار كلها تقع تحت طائلة الفرد. فالأفكار التلقائية تفلت من سيطرته وتزعجه ولكن من الممكن تدريبه على مراقبة ورصد هذه الأفكار ثم التخلص منها. أو إبطال مفعولها غير الايجابي عليه(يحيى، 2000).

معايير الحكم على سلوك الطفل

تشكل عملية تحديد السلوك السوي والمضطرب حجر الأساس لجميع المهن المتعلقة بالصحة النفسية، غير أن هذا التحديد بحد ذاته ليس بالأمر السهل، والسلوك_ أي سلوك- يمكن فهمه من وجهة نظر علم النفس على أنه استجابة لمنبه ما سبب هذا السلوك، ولكن إذا أردنا أن نحكم على طبيعة هذا السلوك، أي فيما إذا كان هذا السلوك سوياً أو مضطرباً، فإننا هنا نحتاج إلى معيار أو مقياس لنحكم وفقه على هذا السلوك، ونحن عندما نطلق على سلوك ما صفة السلوك السوي أو العادي أو غير السوي فإنه لابد لنا من الاستناد إلى معيار معين نقيس وفقه هذا السلوك ونطلق حكمنا بناء عليه، ونحن في حياتنا اليومية، وعندما نحكم على سلوك أي شخص نستخدم معايير مختلفة، منها ما هو معيار شخصي نابع عن قياس تصرفات الآخرين وفق ما نراه نحن لأنفسنا بأنه سوي أو غير سوي، ومنها ما هو معيار اجتماعي، نستمده من تربيتنا وعاداتنا وقيمنا. ويستخدم علماء النفس معايير أخرى كذلك، تقوم على أسس علمية مستخدمين في ذلك التشخيص القائم على الاختبارات النفسية، وإذا ما انتقلنا إلى سلوك الأطفال فإن الحكم على السلوك السوي أو المضطرب للطفل يزداد تعقيداً بسبب الطبيعة الخاصة لسلوك الأطفال المتعلقة بمراحل النمو، حيث قد تبدو

بعض السلوكات في مرحلة ما طبيعية وتصبح في مرحلة أخرى غير ذلك، وللتشابه الكبير أحياناً بين أنماط السلوك غير السوية وبين أنماط السلوك التي تعد نتيجة للمرحلة العمرية كسلوك اللعب العنيف عند الأطفال الذكور(http:www.kg-cu.ahlamontada.net).

كما وأن الوظيفة التي يؤديها السلوك عند الأطفال تختلف عن الوظيفة التي يؤديها السلوك عند الكبار، وهذا الأمر ينبغي لنا فهمه من أجل التمكن من كسر الحلقة المفرغة التي قد يقع فيها المربون في هذا المجال، فالأطفال من خلال سلوكهم الملفت للنظر يسعون إلى تحقيق وظيفة من وراء هذا السلوك إلا وهي لفت انتباه الكبار، أي أنهم يبحثون عن اهتمام الكبار بهم، وعادة ما لا يهتم الكبار بالأطفال إذا كان سلوكهم عادياً، ولكن عندما يقومون بسلوك ملفت للنظر وأظهروا اضطراباتهم فإنهم يكونون متأكدين من أن الكبار سوف يلتفتون إليهم، وعندما يهتم الآخرون بالأطفال نتيجة هذا السلوك الملفت للنظر فإنهم بهذا يعززون الحلقة المفرغة بصورة ا إرادية، ويصبح الطفل مبرمجاً وفق (يكفي في المرة القادمة أن أضرب هذا الطفل حتى أصبح مركز اهتمام الآخرين)، حتى وإن كانت العاقبة أحياناً عقاب الطفل من الأهل، فهذا لا يهم المهم لفت النظر. والحل هنا طبعاً يتمثل في إبداء الاهتمام والرعاية بالطفل حتى عندما لا يكون سلوكه ملفتاً للنظر وتعزيز إنجازاته البسيطة دائماً، ويحتاج الأهل والمربون في تعاملهم اليومي مع الأطفال إلى معايير تساعدهم في الحكم على سلوك الأطفال، من أجل تحديد فيما إذا كان هذا السلوك طبيعياً أم لا وبالتالي من أجل تحديد فيما إذا كان هذا الطفل أو ذاك بحاجة إلى الإرشاد والرعاية، وبالتالي إما مساعدته أو تحويله إلى هيئات متخصصة إذا ما دعت الضرورة لذلك، وبشكل عام يمكننا أن نعتمد على المعايير التالية المترابطة مع بعضها بشكل وثيق في الحكم على السلوك، معتمدين في ذلك على الملاحظة والمقارنة (http:www.kg-cu.ahlamontada.net):

1. الموقف الذي يظهر فيه السلوك

يعتبر الموقف أو الإطار الذي يظهر فيه السلوك محدداً هاماً من محددات السلوك السوي أو غير السوي، فالسلوك الذي قد يبدو لنا مستهجناً قد لا يصبح كذلك إذا ما حللنا الموقف الذي ظهر فيه هذا السلوك وقد نعتبره ردة فعل عادية على الموقف الذي وجد الشخص فيه. فعندما يرفض طفل في العاشرة من عمره مثلاً إعطاء قطعة حلوى لطفل آخر فقد يبدو هذا السلوك أنانياً للوهلة الأولى ولكن إذا ما حللنا الموقف وأدركنا لماذا يرفض الطفل ذلك فقد يصبح سلوكه عادياً بالنسبة لنا، فقد يكون رفض الطفل نابعاً من كون زميله يملك قطعة أخرى، أو أن الطفل جائع أو أن رفضه نابع من كون الطفل الآخر قد رفض مرة إعطاء الطفل شيئاً ما مثلاً، وقد يكون عدوان طفل على طفل آخر نتيجة أو ردة فعل على إثارة الثاني للأول بشكل مباشر أو غير مباشر، إذاً فما يبدو في لحظة معينة سلوكاً مضطرباً قد يبدو في لحظة أخرى سلوكاً سوياً (http:www.kg-cu.ahlamontada.net).

2. التكرار

المعيار الثاني والمهم الذي يمكننا من خلاله الحكم على سلوك ما بأنه سوي أو مضطرب هو مدى تكرار سلوك ما، فالسلوك الذي يظهر لمرة واحدة فقط أو لمرات قليلة متباعدة لا يمكن اعتباره غير سوي اللهم إلا إذا كان هذا السلوك يلحق الأذى الشديد بالآخرين. فعندما يكذب الطفل مرة لينقذ نفسه من حرج معين مثلاً مرة واحدة لا يجيز لنا إطلاق صفة الطفل الكاذب عليه بعد، أو مسألة التدخل ولكن إذا تكرر هذا السلوك في أكثر من موقف وفي مناسبات مختلفة فإنه يمكننا الحكم هنا على هذا السلوك بأنه غير سوي(http:www.kg-cu.ahlamontada.net).

3. الاستغراب

المقصود بالاستغراب هنا أن يكون السلوك ملفتاً للنظر، وأي سلوك ملفت للنظر يمكن اعتباره مضطرباً. وهنا لا يوجد فرق إذا كان السلوك (مزعجاً) أو (لطيفاً)، إذ يمكن لطفل هادئ (سهل العناية) أن يكون مضطرباً سلوكياً تماماً مثل الطفل

الصاخب فخلف الهدوء الشديد قد يكمن حزن عميق أو حتى اكتئاب(http:www.kg-cu.ahlamontada.net).

4. تقدير الذات:

تعتبر تقديرات الذات مصدرا من مصادر الحكم على التكيف، فمن خلال تقدير الطفل لذاته، يمكن أن يساعد ذلك في التعرف إلى المشكلات التي عانى منها، وأفضل ما يكون التقدير الذاتي في حالة الاضطراب الموجه نحو الداخل، والذي يتطلب وصف الذات من خلال المشاعر والاتجاهات الأمور الداخلية، وهذه التقديرات مفيدة للأطفال غير المقتنعين بأنفسهم أو الدفاعيين.

الفصل الثاني

طرق تشخيص المشكلات

- مقدمة.
- تصنيف الطرق التي صممت لقياس المشكلات.
- مقاييس مباشرة.

*الملاحظة.

*المواقف التي تمثل مشكلة.

*مقاييس التقدير الذاتي.

*الأساليب السسيومترية.

- المقاييس غير المباشرة.

* تقارير لآخرين ذوي الأهمية.

* قياس سلوكيات المشكلة.

* قياس السلوكيات السلبية والإيجابية.

- نموذج من الاختبارات في التشخيص والعلاج (اختبار رسم الشخص).

مقدمة

تعتبر عملية التشخيص من أهم العمليات لتحديد المشكلة لدى الطفل وهذا بدوره يفيد في تحديد أنسب طريقة لعلاج المشكلة، وتتضمن عملية التشخيص معرفة أسباب وأعراض المشكلة.

ويقوم بهذه العملية متخصصون في دراسات الطفولة وعلم نفس الطفل واختصاصيون في الإرشاد والتوجيه النفسي للأسرة والطفل.

تصنيف الطرق التي صممت لقياس المشكلات

يمكن تصنيف الطرق التي صممت لقياس المشكلات الى عدة طرق ومن هذه التصنيفات تصنيفها إلى قسمين مقاييس مباشرة ومقاييس غير مباشرة.

أولا: مقاييس مباشرة:

الأول: الملاحظة

مفهومها: هي الخطوة الأولى في التعرف على الحالة الصحية والنفسية للمفحوص. وهي من أهم الخطوات في مجال اكتشاف المشكلة، وذلك لأنها توصل المعلم إلى الحقائق وتمكنه من صياغة فرضياته.

تعريفها: هي الانتباه إلى ظاهرة أو حادثة معينة أو شيء ما بهدف الكشف عن أسبابها وقوانينها.

◆ الملاحظة المباشرة direct observation:

يرى مكماهون وفورهاند McMahon & Forehand (1988) أن سلوكيات أي مراهق سواء في المنزل أو المدرسة أو المجتمع المحلي يمكن أن تتم ملاحظتها بشكل مباشر، ويتمثل الأساس لمكونات الملاحظة المباشرة في تحديد السلوك بدقة، وفي تحديد المواقف التي سوف تتم فيها ملاحظة السلوك، وفي إرسال الملاحظين لتسجيل الأنماط السلوكية المختلفة، وفي التأكيد من أن السلوك تتم ملاحظته بدقة وبشكل ثابت.

أنواع الملاحظة:

أولاً: أنواع الملاحظة من حيث طبيعتها، هناك:

1- **الملاحظة البسيطة غير المضبوطة: Sample Observation** وهي تتضمن صوراً مبسطة من المشاهدة والاستماع بحيث يقوم الباحث فيها بملاحظة الظواهر والأحداث كما تحدث تلقائياً في ظروفها الطبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي. وهذا النوع من الملاحظة مفيد في الدراسات الاستطلاعية التي تهدف إلى جمع البيانات الأولية عن الظواهر والأحداث تمهيداً لدراستها دراسة متعمقة ومضبوطة في المستقبل.

2- **الملاحظة المنظمة: Systematic Observation** وهي الملاحظة العلمية بالمعنى الصحيح. بحيث تتم في ظروف مخطط لها ومضبوطة ضبطاً علمياً دقيقاً. وتختلف الملاحظة المنظمة عن الملاحظة البسيطة من حيث أن تتبع مخططاً مسبقاً. ومن حيث كونها تخضع لدرجة عالية من الضبط العلمي بالنسبة للملاحظ ومادة الملاحظة. كما يحدد فيها ظروف الملاحظة كالزمان والمكان. ويستعين الملاحظ في الغالب لبعض الوسائل الميكانيكية كالمجلات الصوتية أو كاميرات التصوير السمعية والبصرية وغير ذلك من الأدوات. وذلك بهدف جمع بيانات دقيقة عن الظاهرة موضوع البحث.

ثانياً: من حيث القائمين على الملاحظة. هناك:

1- الملاحظة الفردية التي يقوم بها شخص واحد.

2- الملاحظة الجماعية التي يقوم بها أكثر من شخص واحد.

ثالثاً: من حيث ميدان الملاحظة. هناك:

1- **الملاحظة في الطبيعة:** تستعمل في العلوم الطبيعية كما تستعمل في العلوم السلوكية.

2- **الملاحظة في المختبر:** ويقصد بها التجريب من حيث ضبط المتغيرات المحيطة بالمتغير – موضوع البحث – .

3- **الملاحظة في العيادة:** وهي طريقة يلجأ إليها المعالجون النفسيون والمرشدون والمشرفون التربويون بهدف التشخيص والعلاج.

رابعاً: وفقاً لدور الباحث:

1- **ملاحظة غير مشاركة: Non – Participant Observation** وهذا النوع من الملاحظة يلعب فيها الباحث دور المتفرج أوالمشاهد بالنسبة للظاهرة أو الحدث موضوع البحث. حيث يقوم فيها الباحث بالنظر أو الاستماع إلى موقف اجتماعي معين دون المشاركة الفعلية فيه. وبالتالي فأن الباحث في هذه الحالة يكون بعيداً عن الظاهرة موضوع البحث.

2- **الملاحظة بالمشاركة: Participant Observation** وهذا النوع من الملاحظة يقوم فيها الباحث بدور العضو المشارك في حياة الجماعة موضوع البحث.

مميزات الملاحظة:

1- يمكن إعادة الملاحظات الطبيعية بشكل متكرر.
2- تقليص حجم التحيز عند الملاحظة إذا تمت الملاحظة بواسطة شخص غريب عن الملاحظين من الأطفال.
3- ملاحظة الأطفال في المهام التجريبية اقل تكلفة من الملاحظة الطبيعية ويمكن إتمامها في جلسة واحدة فقط.
4- هذه المواقف التجريبية مفيدة أيضا في ملاحظة السلوكيات التي قد تظهر بشكل قليل التكرار في البيئة الطبيعية (الحياة اليومية).
5- الإدراك الواقعي للمشكلات.

سلبيات الملاحظة:

1- الحاجة إلى تدريب الملاحظين أو ندرة وجود ملاحظين مدربين.
2- مدى ثبات التقدير (الصدق البيئي) في المقياس نفسه. وحتى لو تحقق قدر مناسب من الصدق الخارجي للمقياس فأن عدم الموضوعية واردة مثال: (الفروق في كيفية ترجمة المقدرين للسلوكيات في كل مرة).
3- لابد من القياس في مواقف مختلفة ومتنوعة لقياس سلوك معين وتكرار الملاحظات حتى نحصل على صدق وثبات بدرجة عالية مثال ذلك فقد وجد أن الأطفال غير المحبوبين استخدموا استراتيجيات دخول متنوعة (الدخول إلى الأنشطة –

الأحاديث. ..) في مناسبات مختلفة، كما إن الحاجة إلى وقت طويل ضرورية لإتمام ملاحظة كافية. فعند ملاحظة تفاعل الأسرة وجد أن من (60 – 100) دقيقة ملاحظة كانت فترة كافية لتقييم الأداء واستغرقت من (3 - 5) جلسات.

4- قد يعيق وجود الملاحظ أو الكاميرا من ظهور الاستجابة العفوية للطفل. لأن بعض السلوكيات لتفاعل الطفل مع أقرانه لا تظهر الا في محيط لا يوجد فيه الكبار.

5- كما أن الملاحظ لا يسجل إلا تكرار السلوك المراد قياسه في هذه المقاييس وفي بعض الحالات قد تكون نوعية السلوك وليس تكراره هو ما يعبر عن الكفاءة الاجتماعية مثل (التواصل بالعين).

إجراءات الملاحظة:

1- حدد الهدف من إجراء الملاحظة، والشيء الذي تسعى إلى ملاحظته.

2- اعد الملاحظة من وقت لآخر من اجل التحقق من دقة الملاحظة السابقة والحكم على ثباتها وصدقها.

3- [illegible] في وقت واحد، وهذا يساعدك على إصدار حكم ملائم على هذا السلوك.

4- استفد من الوسائل التكنولوجية في رصد السلوك مثل استخدام آلات التصوير أو التسجيل الصوتي.

5- عليك تحري الموضوعية في الملاحظة مبتعداً عن العواطف الشخصية.

6- سجل المعلومات في أسرع وقت ممكن، وتلخيص ما تمت ملاحظته.

7- استعن بملاحظين مدربين من اجل المقارنة والدقة في التقدير.

الثاني: المواقف التي تمثل المشكلة:

وفيها يوضع الطفل في مشكلة أو مأزق افتراضي ويطلب منه تفسير نوايا أقرانه (مقياس العزو) أو يطلب منه توليد وتقييم حلول لمشكلات اجتماعية. هذه المقاييس تجيب على السؤال "هل يعرف الطفل ما هي المهارة التي يجب استخدامها وهل يستطيع الطفل صنع أحكام اجتماعية؟".

أدوات المشكلة الافتراضية لا تخبرنا كم مرة فعلاً يستخدم الطفل هذه المهارات. أو إذا ما كان الطفل يستخدمها أصلا. إن أدوات المشكلة الافتراضية تقيم القصور في المهارة فقط وتقديم العقد للمشكلة الافتراضية للطفل إما أن يكون لفظياً، أو على شرائط فيديو أو بالتمثيل (بالعرائس).

وفي دراسة لكل من Habbard and Cillessen (1993) طلبوا من أطفال أعمارهم ما بين (5- 7) سنوات (22طفل) توليد استجابات لمواقف افتراضية مقدمة في شكل قصصي. المشاكل تضمنت الدخول إلى جماعة ما، وفقدان أو تلف احد الأشياء، والصراع حول أحد الأشياء، والصراع إثناء الأنشطة. ثم تحويل النتائج إلى شفرات وفقاً لاستخدام الاستراتيجيات الاجتماعية (25 شفرة) وقورنت بالتصنيفات السوسيومترية. ولقد وجد إن الأطفال المحبوبين ولدوا استراتيجيات أكثر في فئات مثل التفاوض/التسوية، والانتظار، الحوم حول المجموعة وكان لديهم استجابات عنيفة اقل من الأطفال العاديين. أما الأطفال المنبوذين فقد اختلفوا كذلك عن الأطفال العاديين في نوعية الاستراتيجيات التي استخدموها.

أما Dodge وزملاءه فقد استخدم المقاييس الافتراضية في دراسة النموذج الخاص به في معالجة المعلومات الاجتماعية Social information processing model. وقد وضع لهذا النموذج خمسة مداخل لحل المشكلة الاجتماعية:

1- إنتاج التلميحات الاجتماعية.
2- تفسير التلميحات.
3- توليد استجابات داخلية.
4- اختيار الاستجابة وتقويم العواقب.
5- أداء الاستجابة المختارة.

كما يقترح Dodge ثلاث مناطق مهمة لدراستها بواسطة أدوات المشكلة الافتراضية مع الأطفال الصغار وهي:

- آثار العزو Arrtibution issues.

- الاستجابات لصراع العلاقات البينشخصية.
- والتقويم لفعالية الحلول المقترحة للمشكلات البينشخصية.

المميزات:

- أظهرت بعض أدوات المشكلات الافتراضية حساسية لنمو الأطفال في قدراتهم على حل المشكلات.
- تقدم لنا استجابات الأطفال المشكلات الافتراضية معلومات مفيدة للباحثين المهتمين بتفسير درجات الأطفال على المقاييس السلوكية.
- يظهر قياسات Dodge الافتراضية قدرة جوهرية على تمييز الأطفال الذين يعانون من سلوكيات عدائية مشكلة.

العيوب:

- لم يتم وصف الوقت اللازم لتطبيق هذه الأدوات للمشكلات الافتراضية على الأطفال.
- لم تلق عملية التفسيرات التوضيحية (الصور التوضيحية) المستخدمة لمصاحبة القصص الافتراضية اهتماماً كافياً لأن كل طفل كان يطلب منه تحليل نفسه مكان الشخصية في القصة. وكان من الهام أن يتمكن جميع الأطفال من مطابقة الصور التوضيحية المقدمة. ولهذا نرى أن استخدام مجموعات متعددة من الصور طريق لمواجهة هذه المشكلة.
- القدرات الاستقبالية للغة قد تدحض نتائج المقاييس المعرفية الاجتماعية. لأن الاعتماد على المواقف الافتراضية اللفظية قد يقلل من سريان مفعول هذه الإجراءات (القياس) على بعض الجماعات مثل أطفال ما قبل المدرسة، أو الأفراد الذين يعانون من ضعف في الفهم السمعي أو قدرات معرفية لغوية محدودة.

الثالث: مقاييس التقدير الذاتي

تعد مقاييس التقدير الذاتي من أكثر المقاييس المستخدمة شيوعاً بين عينات المراهقين من المرضى وذلك للتعرف على الأعراض المرضية المختلفة. ومع ذلك فنادراً ما يقرر الأطفال والمراهقون أنهم يعانون من مشكلة معينة أو أنهم في حاجة إلى علاج من نوع معين. وبذلك فليس من الضروري أن نتوقع وجود اختلال في الأداء الوظيفي لدى أي

من الأطفال أو المراهقين يتم تقديرةذاتياً كما يحدث مع الراشدين مثلاً. ومن جانب آخر نجد أن قدرة الأطفال على أن يقرروا أن هناك اختلالاً في أدائهم الوظيفي تعد اقل وضوحاً مما هي عليه لدى المراهقين أوالراشدين. ولهذه الأسباب نجد أن التقدير الذاتي كأسلوب من أساليب التقييم لم ينل كثيراً من الاهتمام في تقييم اضطرابات الطفولة قياساً بما يحدث في مرحلتي المراهقة والرشد حيث نجد مثلاً أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين قياساً بالأطفال أن نطبق عليهم مقاييس التقدير الذاتي إذ من الأكثر احتمالاً بالنسبة لهم أن يدركوا ما نسألهم عنه، كما يمكنهم أيضا أن يقوموا بتكملة تلك المقاييس التي نستخدم فيها الورقة والقلم مع قليل من المساعدة من جانبنا أو حتى في حالة عدم تقديمنا لأي مساعدة لهم. وهناك سبب آخر يجعل من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمراهقين أن نستخدم معهم مقاييس التقدير الذاتي يرجع إلى توفر أدوات القياس التي يمكن استخدامها حيث نجد إن المقاييس التي يتم إعدادها بغرض استخدامها مع الراشدين غالباً ما نستخدمها كما هي مع المراهقين دون الحاجة إلى استخدام نسخة معدلة منها تنطبق عليهم كما هو الحال بالنسبة للأطفال.

وعلى الرغم من أن التقدير الذاتي لا يستخدم عادة كأسلوب قياس أساسي لتقييم اختلال الأداء الوظيفي في مرحلة الطفولة، فأنه يمكننا من خلاله مع ذلك أن نحصل على معلومات لها أهمية كبيرة في هذا الصدد، حيث من الممكن بالنسبة للأطفال أن يقرروا وجود أعراض معينة لديهم، وأن يحددوا جوانب معينة من المشكلة قد لا يفصحون عنها لوالديهم أو قد لا تكون ظاهرة أو لا تبدو جلية للوالدين. والى جانب ذلك فمن المتوقع أن ينكر الأطفال وجود أي مشكلة سلوكية، ومن ثم لا يبدون من المعلومات ذات الأهمية سوى القليل الذي قد لا يجدي وذلك على مقاييس التقرير الذاتي للسلوك المضاد للمجتمع.

ومع هذا فإن التقييم الذاتي قد يكون له قيمته وأهميته الخاصة في قياس المشكلات السلوكية التي يحتمل أن يتم إخفاؤها أو حجبها عن الوالدين. ويرى إليوت وآخرون أنه من الأكثر احتمالاً بالنسبة للمعلومات والبيانات التي تتعلق بمثل هذه السلوكيات غير الظاهرة التي يتم إخفاؤها كإتلاف الممتلكات، والسرقة، وإساءة

استخدام العقاقير على سبيل المثال أن يقررها الأطفال والمراهقون بإرادتهم قياساً بغيرهم، أوأن تتم معرفتها بالرجوع إلى تلك السجلات الموجودة في مؤسسات معينة. وبوجه عام فقد أوضحت الدراسات التي أجريت في هذا الميدان إن الأطفال يمكنهم استخدام التقادير الذاتية لإبداء معلومات تتعلق بسلوكهم المضاد للمجتمع، كما أنهم قد يفعلون ذلك بمحض إرادتهم. ومن ناحية أخرى توجد ارتباطات دالة بين العمر الزمني، ونوع الأداة المستخدمة في القياس، والأساليب التي بمقتضاها البحث عن المعلومات من جانب، وبين ما يمكن أن نحصل عليه من خلال التقدير الذاتي من جانب آخر.

المميزات:

- مقاييس التقدير الذاتي تقدم إدراكا هاماً مرتبط بقياس كفاءة الطفل الاجتماعية، وإدراك الطفل لمحتوى الفصل أو لمهاراته الاجتماعية.
- هذا الفهم لإدراك الطفل لمهاراته الاجتماعية قد يمدنا بمعلومات هامة ومفيدة للمهتمين بتفسير درجات الأطفال على المقاييس السلوكية ولتصميم برامج تهدف مهارات الطفل الاجتماعية.

العيوب:

- يصعب على الأطفال الصغار فهم بعض المفاهيم المقاسة في هذه المقاييس مما قد يؤدي إلى تقدير خاطئ حول إدراك الطفل الصحيح لهذه المفاهيم.

الرابع: الأساليب السوسيومترية:

عندما نتحدث عن العلاقات السوسيومترية في أي جماعة من الجماعات فإننا نقصد تلك العلاقات التي يمكن قياسها وتقنينها. وواضح بلا شك أن مثل هذه العلاقات إنما تنتج عن سلوك ذي خليفة سيكولوجية متعددة المتغيرات، مثل الدوافع والاتجاهات والقيم وصورة الذات وما إلى ذلك. وبالتالي فأنه عند قياس هذه العلاقات فإنما نقيس في الواقع دالة هذه المتغيرات السابق الإشارة إليها. وربما كانت هذه العلاقة بين القياس النفسي والقياس السوسيومتري.

مقاييس العلاقات الاجتماعية السوسيومترية

تستخدم هذه المقاييس في تقييم العلاقات الاجتماعية بين الأفراد حيث يطلب من كل فرد في مجموعة معينة أن يختار عددا من الرفاق من تلك المجموعة. أو ملاحظة الأفراد الذين يتكرر التعامل أو الاشتراك معهم في نشاطات معينة. وفي ضوء تكرار اختيار كل فرد من قبل الآخرين. والتعرف على خصائصه يمكن رسم الخطط للبرامج المتعلقة بتلك المجموعة.

يمكن استخدامها في المقاييس وتشمل:

ترشيحات الأقران	تقديرات الأقران
ترتيب الأقران	تقديرات الشعبية من قبل المعلمة

وترشيحات الأقران: تعني أن يسمي الطفل عدداً من الأطفال(عادة 3) والذي يحبهم (ترشيح ايجابي) وعدداً من أولئك الذين لايحبهم (ترشيح سلبي).

وكذلك أولئك الذين يحب اللعب معهم أو أولئك الذين يمارسون سلوكيات معينة مثل (دنئ، يسهل غضبهم سريعاً...) ويعطي الطفل مقياس مدرج عليه أن يحدد من (1- 5) مدى حبه لزميله الذي رشحه.

ومع صغار الأطفال تستخدم الصور (وجه حزين، وجه عادي، وجه سعيد) لتعبر عن (لا أحبه، أحبه نوعاً ما، أحبه كثيراً).

المميزات:

1- هذه الأساليب السوسيومترية (الترشيحات) لها القدرة على التنبؤ بشكل أقوى من أي من الطرق المتاحة لقياس النمو الاجتماعي الانفعالي للطفل ولكن للأطفال الأكبر من (8) سنوات.

2- يمكن استخدامها مع الأطفال في عمر (3) سنوات ولكن إذا استمرت مجموعات الأقران سوياً (في الفصل مثلاً) لمدة لا تقل عن (8) أشهر.

3- تعتبر الأساليب السوسيومترية موفرة لمعلومات مكملة وليست أصلية لتقديرات الأهل والمعلمين.

العيوب:

1- توفير صور لكل أعضاء العينة من الأطفال.

2- طول الوقت اللازم لتسجيل البيانات حول الأطفال.

3- التحيز من قبل الوالدين في تسجيل وتقدير كفاءات أطفالهم.

ثانياً: المقاييس غير المباشرة:

يمكن قياس السلوك الاجتماعي للطفل باستخدام طرق غير مباشرة. وهذه الطرق تتضمن التقديرات السلوكية بواسطة فرد مؤثر في حياة الطفل مثال (المعلمين، الوالدين، المربين، الأقران).

الأول: تقارير الآخرين ذوي الأهمية:

تعد تقاريرالآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للفرد كالوالدين والمعلمين والمعالجين على سبيل المثال من أكثر المقاييس شيوعاً عند تناول اضطرابات الأطفال. ولهذه المقاييس وضعها الفريد في تحديد اختلال الأداء الوظيفي للطفل ومدى التغير الذي ينتابه مع مرور الوقت.

ويعتبر الوالدان أهم المصادر التي يتم الاستناد إليها باستمرار في الحصول على المعلومات. وعلاوة على ذلك فقد أوضحت الدراسات مراراً أن تقييم الوالدين للطفل يرتبط بالتشخيص الإكلينيكي المتعلق باضطراب الأداء الوظيفي للطفل. وتعد المقاييس التي يتم الرجوع فيها إلى الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للطفل كأحد الأساليب المستخدمة في التقييم على درجة كبيرة من الأهمية حيث تعتبر ذات مزايا عديدة. ومن ناحية أخرى يوجد العديد من مقاييس التقدير من هذا القبيل والتي تغطى مدى متسعاً من الأعراض المرضية والمشكلات المختلفة. ومع ذلك فقد يكون هناك تحيز جزئي في أنماط السلوكيات المضادة للمجتمع والتي يمكن أن تقيسها مثل هذه المقاييس، إذ من المحتمل أن يكون من الصعب تقييم بعض الأنماط السلوكية مثل اغاظة الآخرين ومضايقتهم، والعراك، والصراخ وإحداث الضجيج، والولع المستمر بالجدل، وغيرها من الأفعال غير الظاهرة أو الخفية كالسرقة، وإشعال الحرائق، وإساءة استخدام المواد، والسلوك المرتبط بالشلة أو العصابة كتكوين العصابات

ومهاجمة الغير على سبيل المثال. ووفقاً للطبيعة الخفية أو السرية لتلك الأفعال فإنها تكون أكثر حجباً عن مدى بصر ورؤية أو فهم وإدراك الراشدين.

تقديرات الأقران:

على الرغم من انه دائماً ما يتم النظر إلى الأقران على أنهم من بين الآخرين ذوي الأهمية، فإن تقديراتهم تستحق بما لا يدع مجالاً للشك أن تتميز عن غيرها. كذلك فإن مقاييس الآخرين ذوي الأهمية عادة ما تعكس طريقة أو أسلوبا للقياس يختلف عن مقاييس التقييم التي يتم استخدامها أو إعدادها للاستخدام من قبل الوالدين والمعلمين. وعادة ما تتألف تلك المقاييس التي تعتمد على الأقران من أساليب مختلفة تحدد وصف الأقران ومعاييرهم لأشخاص يبدون سمات معينة كالعدوانية على سبيل المثال. ومن المحتمل أن يعكس تكوين جماعة الرفاق ثباتاً في الأداء من جانب الفرد إلى جانب سمات ثابتة تميزه عن غيره.

وعادة ما تتألف مقاييس الأقران من تقديرات سوسيومترية لتحديد سمات معينه مثل الشعبية، والقبول، والمرغوبية، والرفض، ومدى حب الآخرين للفرد، والكفاءة الاجتماعية. ويبدو أن مثل هذه السمات ترتبط ببعضها البعض، وتتأثر ببعضها البعض إذا حدثت أي مشكلات من جانب الأطفال الذين يصدر عنهم السلوك المضاد للمجتمع وذلك في أي من تلك الجوانب التي تمثلها هذه السمات. كما ترتبط أيضا تقديرات الأقران للأبعاد الاجتماعية بالتقدير المستقل للتوافق. وعلاوة على ذلك فإن تقديرات الأقران غالباً ما يكون لها حساسيتها في التنبؤ بالتوافق قياساً بتقديرات المعلمين والمعالجين.

وتعتمد على الملاحظة المستمرة لتفاعل الطفل في حياته اليومية وتتضمن أدوات تقيس نوعين أو فئتين من السلوكيات:

1- أدوات تقيس السلوكيات المشكلة أو علم النفس المرضي.

2- أدوات تقيس السلوكيات الايجابية والسلبية على حد السواء.

الثاني: قياس سلوكيات المشكلة:

وتتم بواسطة أحد الأداتين التاليتين:

1- قائمة سلوك الطفل.

2- قائمة السلوك المشكل.

◆الأداة الأولى: عبارة عن مقاييس متوازية لكل من الآباء، والمعلمين، والأطفال في عمر (11) سنه فما فوق. وأحد عناصر هذا المقياس تسأل الوالدين حول أنشطة الطفل مثل: (الرياضة، الهوايات، النوادي)، وحول أصدقاءه المقربين، وأداء الطفل في المدرسة، وقدرته على التعامل مع الآخرين.

يستغرق المقياس 28 دقيقة. وهذه المقاييس تمدنا بمعلومات عن مشكلات عدم الكفاءة الاجتماعية للطفل.

◆ الأداة الثانية عن المشكلات السلوكية:

مكونه من:
- العناد
- النشاط الزائد
- السلوك غير الاجتماعي
- الاعتمادية (الاتكالية)
- القلق / الاكتئاب
- صراع الأقران

هذه العناصر صممت لحصر المشاكل السلوكية الأكثر شيوعاً بين الأطفال من عمر (4- 17) سنة. (بدير، 2007).

المميزات:

1- أن السلوكيات المشكلة لا تميز وتحدد فقط الأطفال المعرضين للخطر في سلوكياتهم في المستقبل، بل تخدم أيضا كمؤشرات لنظام الدعم الاجتماعي بمجرد وجود السلوكيات المشكلة والمرتبطة بعوامل الحظر الاجتماعي مثل (الأنانية، عدم التعاطف من ناحية الأم للطفل، والفقر، والأسر كثيرة الحجم انفصال الأزواج).

2- مقاييس السلوكيات المشكلة تتميز بإمكانية الاعتماد عليها، وتظهر صلاحية مؤيدة (للملاحظات، وتقويم الأقران) كما أنها منبئة للمشكلات في المستقبل لدى الأطفال.

3- غير مكلفة في تطبيقها. (بدير، 2007).

العيوب:

أ- تقيس أدوات السلوك المشكل السلوكيات المضطرية ولا تقيس المهارات المرتبطة بكفاءة الطفل أو حتى تقدم صورة متوازنة للطفل. فعلى سبيل المثال: عدة عناصر من هذه المقاييس مصاغة بصيغة سلبية " ويشعر بالدونية ".

الثالث: قياس السلوكيات السلبية والايجابية

من أهم المقاييس المصممة في هذه الفئة هو مقياس (SSRS) وهو يقيس المهارات الاجتماعية الايجابية والسلوكيات ما قبل الاجتماعية وأيضا يقيس السلوكيات المشكلة، وهذا المقياس مصمم ليمثل (3) ميادين ❖المهارات الاجتماعية ❖ السلوكيات المشكلة ❖ الكفاءة الأكاديمية.

◆ وصف المقياس:

1- متوفر في (3) صيغ:

❖ للأطفال في الصف الثالث وما فوق.

❖للآباء.

❖ للمعلمات للأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة.

2- متوفر في صيغ مناسبة لأطفال ما قبل المدرسة، وأطفال الابتدائي، والثانوي.

3- بالنسبة لصيغة المرحلة الابتدائية فهي مكونة من 57 عنصر في صيغة المعلمة و55 عنصر في صيغة الآباء.

4- SSRS مصمم لقياس 3 ميادين هي:

أ- مشكلات عدم التكيف الاجتماعي:

❖ عدم التعاون.

❖ سلوك الانسحاب.

❖عدم الإحساس بالمسؤولية.

❖ عدم القدرة على التعاطف.

❖ عدم القدرة على التحكم الذاتي.

ب- السلوكيات المشكلة:

وتحتوي على 3 أبعاد فرعية:

1- المشكلات الظاهرية.

2- مشكلات داخلية.

3- النشاط الزائد.

ج- عدم القدرة على الكفاءة الأكاديمية:

ويركز على الأداء الأكاديمي للطفل وموضوعه على مقياس متدرج من خمسة درجات وتقيس البنود: القراءة، الحساب، الدافعية، الدعم الوالدي، الأداء المعرفي العام.

نموذج من الإختبارات في التشخيص والعلاج (اختبار رسم الشخص)

ان اختبار رسم الشخص من أحد المقاييسس التي تستخدم في التشخيص والعلاج مع الأطفال والكبار، يقول هامر: دعني أقرأ ما تكتبه أو أرى ما ترسمه، أقول لك من أنت، فالرسوم تعتبر وسيلة هامة يستطيع بها الفرد أن يعبر وينفس عن كل صراعاته ومشاكله دون أن يشعر أن عوامل المقاومة والضبط يشلان ويقللان من حريته.

وقد لوحظ من خلال فحص الأعمال الفنية المبدعة لعدد من الأفراد أنهم يعبرون في رسومهم عن قصد- وأحيانا بدون وعي- عن مفهومهم لذاتهم كما هي في الواقع أو كما يودون أن تكون، ويعبر Tunnelle عن هذه الظاهرة بقوله: "إن الفنان لا يرى الأشياء كما هي عليه في الواقع ولكن كما يعيش من خلالها"، كما يعبر عنها Hubbard حيث يقول "عندما يرسم الفنان صورة، فإنه يرسم اثنين، نفسه والجالس

أمامه، وهذا يعني أن استخدام الرسم كأداة تشخيصية يقوم أساساً على مسلمة مؤداها أن الرسم إنما هو إسقاط لمفهوم الشخص القائم بالرسم عن ذاته وعن الآخرين في بيئته وعالم الذي يعيش فيه ومن خلاله، ويجد هذا تأييداً فيما توصل إليه England حينما سأل مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 10 إلى 14 سنة أن يرسموا أهم حدث في حياتهم، فاتضح أن سبعة وعشرين في المائة من الرسوم كانت تعبر عن المخاوف، وأن الغالبية العظمى من رسوم مواقف الخوف تعكس حوادث هامة صدمية في حياتهم، وعلى هذا فإن الرسم الذي يقوم به الفرد– وخاصة التلقائي– إنما يعكس أبعاد شخصيته الكلية وحالته العقلية والجسمية، وخاصة فيما يتعلق باللحظات الحرجة من الحياة .

ويرى handler أن الرسم الذي يقوم به المريض لشكل الإنسان يمثل الذات في البيئة، وربما يعكس التمثيل الواقعي للذات عن رغبات عميقة للمريض، أو يعكس ويكشف عن خلل فيزيقي أو انفعالي أليم، أو تعويض مبالغ فيه عن هذا الخلل أو خليط من كل هذه العوامل، ويمكن أن يعكس الرسم الأنا المثالي أو نموذج البطل.

هذا ويعد اختبار رسم الشخص لماكوفر من أوسع اختبارات الرسم الإسقاطي انتشاراً في العيادات النفسية، وذلك لسهولة إجرائه وبساطته، وعدم أخذ وقت طويل في تطبيقه إلى جانب دلالته الانفعالية المستمدة من فرضية مؤداها أن القائم بالرسم سوف يعكس مفهومه عن ذاته وصورة جسمه في رسمه للشخص.... وبالتالي يمكن أن تظهر صراعاته ومشكلاته وطموحاته وآماله من خلال رسمه للشخص.

مميزات اختبار رسم الشخص:

منذ مدة طويلة واختبار رسم شكل الإنسان هو المفضل لدى الأخصائيين النفسيين وأطباء النفس كأسلوب لتقييم الشخصية، فهو لا يحتاج إلى أدوات خاصة، ويمتاز بسهولة الإجراء ويتم تفسيره من خلال نوع من الإدراك العام الذي يشعر معظم الإكلينيكيين أنهم يستخدمونه جيداً، أيضاً فإن اختبار رسم شكل الإنسان يزودنا نفسه من خلال تطبيقه مره تلو الأخرى بمقياس سهل لمدى التقدم الذي يحدث خلال العلاج النفسي.

وفي تقرير Sundberg (1961) أشار إلى أن اختبار رسم الشخص لماكوفر (1949) يعد في الترتيب الثاني لأكثر الاختبارات الشائعة استخداماً في العمل الإكلينيكي في الولايات المتحدة الأمريكية، وهذا يشير بوضوح إلى أن عدداً كبيراً من الإكلينيكيين قد لمسوا فائدته وينصحون باستخدامه.

وتتعدد المميزات التي ذكرها الباحثون عن اختبار رسم الشخص، ويجعل Handler هذه المميزات في النقاط التالية:

1- يعد اختبار رسم الشخص اختباراً بسيطاً، وذا مهمة سهلة لمعظم المفحوصين من المرضى الكبار والأطفال، وخاصة صغار الأطفال الذين يحبونه، وعادة ما يتعاونون بسرعة تامة في أدائه، فهم غالباً لديهم طلاقة التصوير أفضل من طلاقتهم اللفظية.

2- إن اختبار رسم الشخص يمكن تطبيقه بسرعة وسهولة، وهو يستغرق من خمس إلى عشر دقائق تقريباً، كما أنه يتطلب أدوات قليلة.

3- يعتبر اختبار رسم الشخص أحد اختبارات الرسم القليلة الذي يحرص الأخصائي النفسي الإكلينيكي على أن يضمنه في بطارية الاختبارات النفسية.

4- إن اختبار رسم الشخص ليس له مثيرات أو بنية خارجية. فليس هنالك نموذج ليتم نسخه كما أنه لا توجد صورة غامضة تساعده على تداعي خواطره، ولهذا فإن لدى الإكلينيكي الفرصة لملاحظة فعالية المرضى في أداء مهمة غير محددة نسبياً.

5- غالباً ما نحصل من اختبار رسم الشخص على قسط كبير من المعلومات المتعلقة بمفهوم الذات بالقدر الذي نحصل منه أيضاً على معلومات عن نمط الشخصية، وتوجهاتها، ومناطق الصراع.

6- يتميز اختبار رسم الشخص بأن قيوده فيما يتعلق بعمر المفحوصين ومدى ذكائهم محدودة.

7- يرحب المرضى المكبوحون والرافضون للتحدث غالباً بتطبيق اختبار رسم الشخص عليهم، فهو اختبار غير لفظي نسبياً، ولهذا فهو مفيد إذا وقفت اللغة كعائق كما في حالات المرضى غير المتعلمين، وضعاف العقول، والمرضى المتحدثين بغير اللغة الدارجة في المجتمع، والمريض الأبكم، والمريض الخجول أو المنسحب، والمريض الذي يأتي من خلفية ثقافية فقيرة، والذي يشعر بعدم الثقة في قدرته اللفظية، والمريض المتأخر دراسياً، أو ضعيف القراءة الذي أحياناً ما يجد عوائق انفعالية في المواقف اللفظية، وجميع هؤلاء غالباً ما يكون أداؤهم معاقاً في معظم الاختبارات اللفظية.

8- يعتبر اختبار رسم الشخص اختباراً مفيداً مع المرضى الذين يتسمون بالمراوغة أو الحذر، فهؤلاء المرضى يعطون استجابات لفظية عقيمة في الاختبارات اللفظية، حيث إن لديهم القدرة على فرض كثير من الضبط على تعبيراتهم اللفظية، بينما في اختبار رسم الشخص يعبر المريض عن نفسه بشكل مباشر بدرجة أكبر، وبأسلوب تلقائي. مثل هؤلاء المرضى المتسمين بالحذر يكونوا واعين لما يجب أن يعبروا به في الاختبارات اللفظية، ولكنهم من المحتمل أن يكونوا أقل تأكداً مما تعكسه تعبيراتهم عن أنفسهم أثناء القيام بالرسم، وهم ربما يكونوا أقل ضبطاً على معظم هذه الوسائل البدائية من التعبير.

9- ولكون اختبار رسم الشخص يعد أداة سريعة وسهلة، فإنه يستخدم كأداة لقياس التغير الذي يطرأ على المريض أثناء العلاج النفسي، حيث يتم مقارنة رسم الشخص قبل وأثناء وبعد العلاج. حيث يتضح من الرسم مدى التحسن في الشكل الإنساني المرسوم خلال فترة العلاج.

10- يعد اختبار رسم الشخص نقطة انطلاق ممتازة لمناقشة جوانب الصراع الخاصة بالمريض، وهنا يمكن أن يطلب من المريض أن يتداعى حول الرسم... ومن خلال إعادة التطبيق يستطيع الإكلينيكي أن يلاحظ

التغييرات التي تطرأ على الحالة وأن يحدد جوانب الصراع التي مازالت بحاجة إلى توجيه الاهتمام إليها.

11- إن اختبار رسم الشخص أكثر ارتباطاً بعلم النفس المرضي مقارنة بالاختبارات الإسقاطية الأخرى، حيث وجد Zucker أن اختبار رسم الشخص هو الاختبار الأول في البطارية التشخيصية الذي يكشف المرض النفسي بشكل مبدئي، ولهذا فهو يعد أداة تنبئية جيدة.

12- لقد صنف عدد من الإكلينيكيين اختبار رسم الشخص كمقياس للكشف عن التقدم في مسار علاج الاضطرابات الجنسية، وذلك من خلال التعرف على التطور الذي حدث في رسم الشخص بنهاية العلاج.

13- كثيراً ما يطلب من الأخصائيين الإكلينيكيين أن يقدموا العون في التشخيص الفارق للأمراض العضوية، وأحد الأساليب الواسعة الاستخدام في التشخيص النفسي هو اختبار رسم الشكل الإنساني، وتؤكد الخبرة أن هذا الأسلوب للفهم ربما –نسبياً- يثبت فائدته في محاولة تقييم وجود أو غياب المشكلات العضوية، غير أن هناك فقط دراسات قليلة نسبياً في هذا المجال.

إجراءات تطبيق اختبار رسم الشخص:

نعرض فيما لإجراءات تطبيق اختبار رسم الشخص، وذلك من حيث التجهيزات اللازمة لإجراء الاختبار، وتعليمات الاختبار، والملاحظات الخاصة بتطبيق اختبار رسم الشخص.

أولاً: التجهيزات اللازمة لإجراء الاختبار:

يقوم الأخصائي النفسي الإكلينيكي بإمداد المفحوص بورقة بيضاء غير مسطرة مساحة 27×21 سم، وقلم رصاص رقم (2) مبرى جيداً، وممحاة، وأن يكون السطح أسفل ورقة الرسم مسطح وناعم، وأن تكون الإضاءة عليها كافية، وأن يجلس المفحوص جلسة مريحة في حجرة تتسع لحركة الأذرع والأرجل، وأن يستطيع المفحوص أن يضع ذراعه بارتياح على السطح الذي سوف يرسم عليه، ومن

المفضل أن يسمح للمفحوص بأن يتخذ حالته العادية من الاسترخاء ويجب ألا نلجأ إلى فروض ظروف فيزيقية معينة على المفحوص.

ثانياً: التعليمات:

يعد إقامة علاقة تواصل بين الأخصائي النفسي الإكلينيكي والمفحوص، يقوم الأخصائي بوضع ورقة رسم واحدة أمام المفحوص في وضع رأسي، وقلم رصاص واحد، ويلقي عليه التعليمات التالية:

"أنا عايزك ترسم شخص في الورقة دي يعني راجل أو ست، ولد أو بنت، اللى أنت عاوزة، المهم أن يكون رسمك كويس على قد تقدر"

ويجب الالتزام بهذه التعليمات، وذلك لما وجده علماء القياس من أن عدم الالتزام بحرفية التعليمات يؤثر في استجابات المفحوصين وفي أدائهم على الاختبارات المختلفة.

ومن واقع التجربة العملية، فقد لوحظ أن بعض المفحوصين يستجيبون برسم الرأس فقط أو الرأس والكتفين، أو شكل العصا، أو رسم كاريكاتيري، ويجب إعطاء مثل هؤلاء المفحوصين ورقة رسم أخرى ويوجه إليهم التعليمات التالية:

"هذه المرة أريد منك أن ترسم شخص مكتمل، أو شخص حقيقي وليس شكل العصا أو كاريكاتير. ونعني بالشخص المكتمل أن يتضمن الشكل المرسوم مناطق أربع رئيسية للجسم هي: الرأس، والجذع، والذراعان، والرجلان.

وإذا ما حذفت أي منطقة من هذه المناطق تماماً فإن الشكل يعتبر غير مكتمل، أما إذا حذفت جزء من منطقة معينة مثل حذف الأيدي أو القدم أو أحد أجزاء الوجه، فإن الرسم يعتبر مكتمل ومقبول تماماً، أما إذا رسم المفحوص شكل كاريكاتيري، أو شكل العصا، أو صورة مجسمة، أو تمثيل تجريدي، فيطلب منه أن يختار ورقة رسم أخرى ويرسم شخص عادي ومكتمل. وإذا حذف المفحوص جزءاً أساسياً من الجسم، يحاول الفاحص أن يدفعه إلى رسم ذلك الجزء بعد أن يكتب الفحص ملحوظة بالحذف كي يرى ما إذا كان يمكن الحصول على مفتاح يتيح له فهم لماذا قاوم المفحوص رسم ذلك الجزء.

كذلك وجد أن كثيراً من المفحوصين يثيرون بعض الاعتراضات والأسئلة بعد إلقاء التعليمات عليهم، ويكون لزاماً على الأخصائي أن يستجيب لهم دون إضافة تعليمات جديدة، أو توضيح للمهمة المطلوبة منهم، ويمكن إعادة التعليمات مرة أخرى مع تشجيع واستثارة المفحوص على المضي قدماً نحو القيام بالرسم المطلوب، ونعرض فيما يلي لبعض الاعتراضات والأسئلة التي يثيرها المفحوصون في موقف تطبيق اختبار رسم الشخص وكيف يستجيب الأخصائي النفسي لها:

أ- قد يتعلل المفحوص بأنه لا يعرف الرسم، أو أنه ليس موهوباً من الناحية الفنية حيث يقول:

"أنا لا أعرف الرسم، أنا لست فناناً، أنا رسمي سيء"، وعلى الأخصائي أن يفهم أن مثل هذه الاعتراضات ليست سوى محاولة من جانب المفحوص للهروب من الفحص، وفي مثل هذه الحالة يجيب الفاحص: "إن هذا ليس اختباراً للقدرة الفنية، وأنا لا أهتم بمدى إمكانيتك الفنية، لكن فقط مطلوب منك رسم كويس على دق ما تقدر. لا تقلق من ذلك".

ب- هناك بعض التساؤلات يثيرها المفحوص من قبيل: ما هو نوع الشكل الذي يجب أن أرسمه؟ هل أرسم رجل أم إمرأة؟ هل أرسم الشخص مواجهة أم جانبي؟.. إلخ، ويكون إجابة الفاحص على مثل هذه التساؤلات أن يقول للمفحوص: "ارسم الشكل الذي تريده وبالكيفية التي ترغبها، فلك مطلق الحرية في ذلك".

وعندما يتم الإنتهاء من رسم الشكل الأول، يضع الإكلينيكي ورقة رسم أخرى أمام المفحوص ويوجه له التعليمات التالية: "الآن أريد منك أن ترسم شخص من الجنس المخالف"، فإذا كان المفحوص قد بدأ برسم شخص ذكر يقول له الأخصائي الإكلينيكي، أنت رسمت ولد (رجل)، الآن أرسم بنت (أو امرأة، كذلك إذا كان المفحوص قد رسم أنثى، يقول الإكلينيكي له: أنت رسمت بنت امرأة)، الآن أرسم ولد (أو رجل)، وعندما يتم إتمام هذه المهمة بشكل مرض، يطلب من المفحوص أن يكتب اسم الجنس على كلا الشكلين، ويقوم الإكلينيكي بتسجيل تاريخ اليوم الذي تم في كل رسم، إما على وجه الورقة أو خلفها، وبالإضافة لذلك على

الإكلينيكي أن يسجل أي من الشكلين تم رسمه أولاً، وأي منهما تم رسمه ثانياً. ..إلخ، ويجب الحصول على كلا الرسمين عندما يكون ذلك ممكناً، فإذا لم يكن كافياً إلا للحصول على رسم واحد يفضل أن يرسم المفحوص شكلاً من نفس جنسه.

بعد ذلك يضع الإكلينيكي الرسم الأول للشخص المكتمل أمام المفحوص ويطلب منه أن يحكي قصة عن الشخص المرسوم، قائلاً له: الآن أريد منك أن تعمل قصة عن الشخص الذي رسمته، أنظر له وأحكي القصة، وسوف أكتبها أنا ورائك. ويجب أن تسجل القصة حرفياً لأن التفسير غالباً ما يعتمد على طريقة نطق الكلمات والتعبير عنها، وأحياناً يكون من الضروري أن نحث أو نشجع المفحوص لفعل ذلك .

وإذا لم يستطع المفحوص أن يحكي قصة عن الرسم، يقوم الفاحص بتوجيه الأسئلة التالية حول الشخص المرسوم:

1- ماذا يفعل هذا الشخص؟
2- كم عمره؟
3- هل هو متزوج؟
4- هل له أطفال؟ وهل أطفاله ذكور أم إناث؟
5- ما هي وظيفته؟
6- ما هو مستوى تعليمه؟
7- ما هي آماله؟
8- هل هو ذكي؟
9- هل هو صحيح الجسم؟
10- هل هو جميل؟
11- مع من يسكن؟
12- هل يفضل أمه أم أباه؟

13- هل له أخوة أو أخوات؟

14- ما هو مستوى تحصيله الدراسي؟

15- هل هو قوي البنية؟

16- هل صحته جيدة؟

17- ما هو أفضل جزء في جسمه؟ ولماذا؟

18- ما هو أسوأ جزء في جسمه؟ ولماذا؟

19- هل هو سعيد؟

20- هل هو عصبي المزاج؟

21- ما هي مشكلاته الأساسية؟

22- ما هي اهتماماته المعتادة؟

23- ما هي مخاوفه؟

24- ما الذي يحزنه؟

25- ما الذي يغضبه؟

26- متى يحتد ويفقد صوابه؟

27- ما هي أسوأ ثلاث عادات لديه؟

28- ما هي أهم ثلاث أمنيات يود تحقيقها؟

29- ما هي نقاط ضعفه؟

30- ما هي خصاله الحميدة؟

31- هل لديه أصدقاء كثير؟ وهل هم أكبر أم أصغر منه سناً؟

32- ماذا يقول عنه الناس؟

33- هل يحب أسرته؟

34- هل يحب مدرسته؟

35- ما هي النشاطات التي يقضي فيها أمتع أوقاته؟

36- هل هو حذر؟

37- هل سيتزوج؟

38- أي نوع من الآنسات سيتزوج؟

39- كيف يتفاهم مع زوجته؟

40- هل سبق له الطلاق؟

41- هل يعاشر نساء أخريات؟

42- هل يمارس الاستمناء "العادة السرية"؟

43- هل لديه علاقات جنسية شاذة؟

44- بمن يذكرك هذا الشخص؟

45- هل تحب أن تكون مثله؟

46- أي تعليقات أو إضافات أخرى....

ثم توجه أسئلة عامة تتعلق بالعمروبالتحصيل المدرسي وبالمهنة وبالعائلة وبالزوجة، ثم توجه أسئلة مباشرة (تتعلق بالمفحوص)، وهي:

1- ما هو الجيد فيك وما هو السيئ ؟

2- هل أنت راض عن جسدك؟

3- ما هو الجزء الجيد في جسدك؟

4- ما هو الجزء السيئ في جسدك؟

5- ما هو طموحك؟

6- هل أنت راض عن عملك؟

ومما هو جدير بالذكر أن كل الأسئلة السابقة يمكن للأخصائي الإكلينيكي أن يكفيها وفقاً لعمر وجنس المفحوص. كما ينبغي على الأخصائي أن يتابع إجابات المفحوص ذات الدلالة الإكلينيكية بالاستفسارات من عنده .

ويتم تطبيق هذه الأسئلة على الشكلين الذكري والأنثوي، كلٌ على حدة، وتغير لهجة الأسئلة إلى صيغة المؤنث عندما توجه للمفحوص على الشكل الأنثوي

(بنت أو امرأة)، وتفيد الإجابة على هذه الأسئلة ليس في تحليل الرسوم بشكل مباشر، ولكنها تفيد في دعم الاستنتاجات التي يستنبطها الفاحص في دراسة الرسوم وبشكل عام فإنه من الأفضل دائماً الحصول على كل من القصة على شكل المرسوم. والاستجابة للأسئلة بعد الرسم، فكلاهما يدعم بعضه الآخر، وذلك من أجل مزيد من الفهم للمفحوص.

ثالثاً: كيفية التطبيق:

يمكن تطبيق اختبار رسم الشخص بطريقة فردية أو بطريقة جمعية، وفي الحالتين يجب الالتزام بشروط تطبيق الاختبار النفسي، وخاصة فيما يتعلق بتوفير مكان مناسب يسع المفحوصين، وظروف طبيعية مناسبة من حيث الاضاءة والتهوية ودرجة الحرارة، وأن يكون المكان بعيداً عن الضوضاء، كما يجب أن يلتزم الأخصائي بحرفية التعليمات. ..إلخ

إذا أعطى الاختبار بطريقة فردية، كما يحدث عادة في العيادات النفسية، فيمكن للفاحص أن يسجل كل ملاحظته الإكلينيكية عن المفحوص أثناء عملية الرسم.

ويجب أن يهتم الأخصائي الإكلينيكي بتدوين ملاحظاته حول السلوك اللفظي والحركي للمفحوص أثناء فترة الاختبار... كيف يعبر المفحوص عن شعوره تجاه هذا العمل؟ وهل يطالب بزيادة في الإيضاح والإرشاد؟ وأي طريقة يسلك ليفصح عن نفسه؟ وهل يعبر عن ذلك بسلوك لفظي أم بأسلوب حركات وإيماءات مختلفة؟

هل يؤدي مهمته براحة وكفاءة؟ أم يعبر عن الشك في قدرته؟ هل يقدم على الرسم بشعور ملؤه الثقة والطمأنينة؟ أم الشك وعدم الثقة في مقدرته؟ وكيف يعبر عن هذه الثقة في نفسه أو بعدها؟ هل تبدو عليه بعض الأعراض العصابية والاضطرابات الانفعالية كالشعور بعدم الاستقرار والقلق والتشكك والحذر والتكبر والعدوان؟ هل هو غير آمن، سلبي، مسترخ، هزلي، واعي بذاته، حذر، مندفع؟ . ..إلخ، وهذه الملاحظات تزود الأخصائي النفسي بمعلومات هامة عن تكيف المفحوص مع البيئة، ونمط شخصيته، ومفهومه عن ذاته، والوسائل التي ينتهجها للتعامل مع المواقف الضاغطة، والصراعات التي يعاني منها، وليس من شك في أن لهذه المعلومات قيمتها في دراسة شخصية المفحوص وتكوين فكرة عامة عنه.

كذلك يدون الفاحص تسلسل رسم أجزاء الشخص، والوقت الذي استغرقه المفحوص في كل جزء على حدة وتعليقات المفحوص حول ما يرسمه، وترددات المفحوص، وكامل تصرفاته أثناء الرسم، مثال ذلك: هل المفحوص توقف عن المحو ويحاول أن يؤكد الشكل الهزلي المرسوم؟ هل يقوم المفحوص باستجابات لفظية دفاعية (مثل: أنا لا أستطيع أن أرسم بشكل جيد، أو أنا لم أدرس مطلقاً الرسم في المدرسة).

هل يقوم المريض بتقييم الرسم؟ (مثل: هذا الرجل يبدو عليه غضبان).

وقد استخدم الباحثون اختبار رسم الشخص كأداة تشخيصية، كما استخدموه كأسلوب مساعد في العلاج النفسي، وفيما يلي نعرض لهذين الاستخدامين لاختبار رسم الشخص بشيء من التفصيل:

أولاً: استخدام اختبار رسم الشخص كأداة تشخيصية:

استخدم علماء النفس اختبار رسم الشخص كأداة تشخيصية في كثير من الدراسات، ويمكن بصفة عامة أن نصنف هذه الدراسات إلى قسمين أساسيين وهما:

1- دراسات اهتمت بالتعرف على عناصر رسم شكل الانسان التي تميز الفئات المختلفة من المرضى النفسيين والعقليين.

2- دراسات اهتمت بالتعرف على عناصر رسم شكل الإنسان الذي تميز الجانحين والعدوانيين وسيئي التوافق.

وعن رسوم مرضى الاكتئاب لشكل الإنسان تبين من دراسة أن المرضى المكتئبين يميلون إلى رسم أشخاص صغيرة الحجم بخلاف المرضى غير المكتئبين (37)، وتشير ماكوفر إلى رسم مريض مكتئب بشكل حاد قام بحذف الفم من الشكل الإنساني المرسوم، وهي ترى أن ذلك يتسق مع إحساس المريض بالذنب من جراء عدوانه الفمي، الذي كان مرتبطاً في عقله بميول سادية وهي صياغة نظرية تتمشى مع نظرية التحليل النفسي عن الإكتئاب.

أما بخصوص عناصر رسم الشكل الإنساني المميزة لرسوم العصابيين فقد تبين من دراسة Exner والتي أجراها على عينات من المرضى النفسيين ومضطربي الشخصية، وأسوياء، مفحوصين لديهم خوف تم إحداثه تجريبياً، أن مضطربي الشخصية يميلون بدرجة أكبر إلى استخدام خطوط خفيفة دوما، والقيام بأشكال كروكية والتضليل للشكل بدرجة أكبر من باقي المجموعات في حين أن المرضى النفسيين يميلون بدرجة أكبر من باقي المجموعات إلى رسم خطوط متصلة والبعد عن الاسكتشات، ويقوم المرضى النفسيون وكذلك المجموعة التي تم إحداث خوف تجريبي لها، باستخدام التظليل بدرجة متوسطة بينما تميز الأسوياء باستخدام التظليل بدرجة أقل من باقي المجموعات، كذلك وجد من النتائج أن مجموعة المرضى النفسيين قليلاً ما يرسموا أشكالاً في حالة الحركة، ويرسم كل من مجموعة المرضى النفسيين ومجموعة مضطربي الشخصية لأشكال في وضع بروفيلي بشكل دال إحصائياً وبدرجة أكبر مما يقوم به المجموعتان الأخريان، في حين وجد أن مجموعتى الأسوياء وأولائك الذين تم استحداث خوف تجريبي لديهم يقومون برسم أشكال تمسك شيء ما بيدها بدرجة أكبر مما يقوم به المجموعتان الأخريان بشكل دال إحصائياً (19).

كذلك تبين من دراسة كل من Wilkinson & Schnadt أن رسوم مرضى القلق النفسي لشكل الإنسان تتميز عن رسوم مرضى الفصام (البرانوى وغير المتميز) بوجود عناصر الرسم التالية:

(أ) رسم فم صغير (ب) رسم أذرع قصيرة (ج) رسم أرجل قصيرة (د) رسم أقدام صغيرة (ه) حذف الأيدي (و) حذف الأصابع (40).

وتشير أنا أولفيريو فيراريس إلى أنه قد توجد عند مقارنة رسوم شكل الإنسان التي قام بها أشخاص شواذ جنسياً، وتلك التي قام بها أشخاص أسوياء، أن رسوم الشواذ جنسياً للشكل الذكري ظهرت فيها بعض العناصر المميزة للأنثى: مثل الكعب العالي والأهداب الطويلة المثنية والعيون الواسعة (2: 122- 123)، أيضاً أتضح من دراسة سامية عبد النبي ميل العصابيين إلى رسم عين الشخص على هيئة نقطة (الاقتصار على إنسان العين)، وحذف الأيدي والأقدام غالباً، في حين تميزت رسوم الأسوياء للشخص برسم العين وبداخلها إنسان العين، وكذا رسم الأيدي والأقدام (5).

2- دراسات اهتمت بالتعرف على عناصر رسم شكل الإنسان التي تميز العدوانيين وسيئي التوافق:

قامت Koppitz (1966) بدراسة لتحديد الدلالات الانفعالية لرسوم شكل الإنسان التي تميز بين الأطفال الخجولين والأطفال العدوانيين، حيث تكونت العينة من (31) زوجا من الأطفال (20 زوجا من الأولاد و11 زوجا من البنات)، تم مطابقتهم من حيث السن والجنس ودرجات الذكاء، وقد كان المفحوصون الاثنان وستون من المرضى المتواجدين بعيادة إرشاد الطفل، وبينما كان لإحدى المجموعتين المكونة من (31) مفحوصا تاريخ عدواني واضح، فإن المجموعة الأخرى المكونة من (31)) طفلا، كان معروف عنهم الخجل الشديد والانسحاب والاكتئاب. وتتراوح عمر العينة من 5إلى 12 سنة، وتراوحت درجات نسب ذكائهم باستخدام WISC فيما بين البيني والمستوى الأعلى، وطبقت الباحثة اختبار رسم شكل الإنسان على كل مفحوص بطريقة فردية، وبعد ذلك قامت الباحثة بتحليل كل عنصر رسم من رسوم شكل

الإنسان الاثنين وستين، بدون معرفة الأعراض السلوكية لكل طفل، وفقا لثلاثين من الدلالات الانفعالية لرسم شكل الإنسان. بعد ذلك قامت الباحثة بحساب كا2 للتعرف على دلالة الفروق في البيانات الخاصة بالمجموعتين (الأطفال الخجولين والأطفال العدوانيين) واتضح من النتائج وجود تسع دلالات انفعالية لرسم شكل الإنسان كانت ذات دلالة احصائية، حيث تواترت بدرجة كبيرة في رسوم كل من الأطفال الخجولين والأطفال العدوانيين، وذلك حيث ظهر من النتائج ميل الأطفال الخجولين بدرجة كبيرة إلى رسم أشكال بالغة الصغر، وقطع الأيدي، وأيضا ربما يقومون بحذف الأنف والفم، بينما يميل الأطفال العدوانيين إلى رسم الأسنان، رسم أذرع طويلة، رسم أيدي كبيرة، رسم أعضاء التناسل، وعدم التناسق الواضح بين الأطراف، وقد تبين أن كلا من الأطفال الخجولين والعدوانيين يميلون إلى رسم الشكل مائلاً، وحذف القدم بدرجة كبيرة ومتساوية في رسومهم مما يدل على أن الأطفال الخجولين والعدوانيين يتسمون بضعف الاتزان وينقصهم أمان الأقدام (28).

أما بخصوص رسوم الأطفال سيئي التوافق، فقد اتضح من خلال عديد من الدراسات أن هؤلاء الأطفال يقومون برسم شكل إنساني غير مكتمل، مائل، ذي عيون فارغة أو بدون عيون، كذلك يحذفون الفم والأذرع، ويشوهون الوجه، ويستخدمون تظليل كثيف في رسم الشكل، ويكون ارتفاع الشكل أقل من اثنين بوصة، وفي الغالب يضعون الشكل في أحد أركان صحيفة الرسم.

كذلك وجد Rez nikoff & Dies أن الأشخاص الذين يتميزون بقلة كفاءتهم في اختبار الواقع، يميلون إلى أن يضمنوا الحد الأدنى من الملابس أثناء رسمهم الشكل الإنساني .

ومن الدراسات التي اهتمت بالتعرف على عناصر رسم شكل الإنسان المميزة بين المتوافقين وسيئ التوافق تلك الدراسة التي قامت بها Koppitz (1966) لتحديد الدلالات الانفعالية لرسوم الأطفال لشكل الإنسان، حيث تكونت عينة الدراسة من 152 طفلا وطفلة تتراوح أعمار المجموعتين بين 5- 12 سنة مقسمين إلى مجموعتين، تتكون المجموعة الأولى من 76 طفلا من المرضى المتواجدين بعيادة إرشاد الطفل،

بينما تتكون المجموعة الثانية 76 طفلا من أطفال الحضانة وأطفال المدارس الابتدائية جيدي التوافق، واتضح من النتائج أن قيمة كا2 كانت دالة احصائيا على أربع فقرات عند مستوى 01, هي:

(تكميل الأجزاء بتصوير عقيم، تظليل الجسم و/أو الأطراف، رسم شكل مائل، رسم شكل صغير جدا) وأربع فقرات دالة عند مستوى 05, هي: (رسم شكل كبير، رسم أذرع قصيرة، قطع الأيدي، حذف العنق) وأربع فقرات دالة عند مستوى 1 هي (تظليل الأيدي و /أو العنق، عدم تناسق الأطراف، شفافية الرسم، رسم الأيدي كبيرة)، وعلى هذا تبلغ عدد فقرات رسم شكل الإنسان، 12 فقرة من 30 فقرة، كانت ذات تكرار أكثر لدى الأطفال سيئي التوافق(الأطفال المرضى) منه لدى الأطفال المتوافقين، أما من حيث عدد الدلالات الانفعالية في رسم شكل الإنسان، فقد وجد أن 58 طفلا من المجموعة الثانية (بما يعادل 75٪ من المجموعة جيدة التوافق)، لم يظهروا أي دلالة انفعالية على كل الفقرات، في مقابل 7 مفحوصين فقط من المجموعة الأولى للأطفال المرضى، لم تتضمن رسومهم هذه الدلالات الانفعالية، بينما وجد أن 55 طفلا من المجموعة الأولى (بما يعادل 75٪ من الأطفال المرضى) اظهروا2 أو أكثر من الدلالات الانفعالية في رسومهم، وذلك في مقابل 4 مفحوصين فقط من المجموعة الثانية المتوافقة، وعلى هذا يتضح أن النتيجة العامة لهذه الدراسة تتلخص في الآتي:

1- أن الدلالات الانفعالية تحدث في رسوم شكل الإنسان HFDS لدى الأطفال المرضى الذين يعانون من مشاكل انفعالية بدرجة أكبر من حدوثها في رسوم الأطفال جيدي التوافق.

2- أن الرسم الواحد لشكل الإنسان HFD الذي يقوم به الأطفال المرضى ذوو المشاكل الانفعالية، يظهر مدى واسعا من الدلالات الانفعالية، أكثر من تلك التي توجد في رسوم الأطفال متوافقين.

ثانياً: استخدام اختبار رسم الشخص في العلاج النفسي:

إن رسوم المرضى تعتبر ماده يمكن تحليلها تماما كذلك المستخدمة نتعامل مع الأحلام أو المواد السلوكية الأخرى، بل إن الرسم يظهر ميزة عن الحلم حيث يتضح من خلاله المشكلات اللاشعورية الأساسية لدى المرضى بدرجة أكبر من تحليل الحلم ومهمة المعالج هي أن يساعد المريض على أن يتخلى عن الأشكال النمطية المتكررة، وأن يكتسب قدرا متزايدا من حرية التعبير، وقد شاع العلاج بالرسم في كثير من المستشفيات لسببين مقنعين على الأقل: الأول هو أنه يزيد من إدراك المريض لصراعاته النفسية، ومن قدرته على التحدث عنها، والثاني هو أنه يشحذ القدرة الإبداعية لدى المريض ويمنحه شعورا بالتحقق والإنجاز .

ويشير Feather إلى أنه كثيرا ما كان يطلب من الطلبة سيئي التوافق أن يقوموا برسم الشخص، وتبين له أن رسوم شكل الإنسان غنية في محتواها التحليلي النفسي، وكانت وسائل ذات قيمة لكونها تساعد في التشخيص وفي التعرف على مدى التقدم في العلاج، وهذا قد يحدث عندما يطلب من المرضى التعبير بالرسم، أن يعترض البعض قائلا بأنه لا يستطيع الرسم، ولكن لما كان المطلوب هو رسم عادي وليس عملا فنيا فإن الأمر يسهل عليهم .

ولعل من أهم ما يميز العلاج بالرسم، أن الخبرات اللاشعورية التي تنتقل إلى صور يمكن لها أن تتفادى كبت الرقيب عما هو الأمر بالنسبة للتعبير اللفظي، ويؤدي إسقاط الخبرات الداخلية في رسوم خارجية إلى بلورة وتثبيت التخيلات والأحلام في سجل مصور ثابت، يعين المريض على أن يلاحظ وأن يدرك بصورة موضوعية التغيرات التي تحدث خلال عملية العلاج، ومن ثم يمكن أيضا تقييم التقدم العلاجي، وعلى هذا فإن تطور الرسوم بالنسبة للمعالج النفسي المتزن يعد وسيلة جيدة للتحقق من تقدم المريض نحو الشفاء، وفي هذا المقام يمكن مقارنة رسوم المريض في بداية العلاج النفسي وبعد انتهاء العلاج وهنا تبرز اهمية الصور وفائدتها، إذ من الممكن الاحتفاظ بها والعودة إلى النظر فيها مرة أخرى، بينما الألفاظ قد تنسى إذا لم تسجل، ويرسم بعض المرضى احيانا صور متسلسلة تسجل تقدمهم الانفعالي بشكل مدهش كذلك

اتضح من دراسة Lory & Der-deyn أن رسوم المريض خلال العلاج تعد بمثابة عرض واضح مصور لتطور اجراءات العملية العلاجية.

ومن الدراسات التي تؤكد أهمية استخدام اختبار رسم الشخص كعامل مساعد في عملية العلاج النفسي، ما يشير إليه Swensen نقلا عن Margolis التي لاحظت تغيرا في "رسم الشخص" قامت به فتاة شبه فصامية تبلغ من العمر 16عاما، خلال9 شهور من العلاج النفسي، حيث لاحظت الباحثة أنه في بداية العلاج كانت الفتاة خائفة؛ تتصرف كالأطفال ليس لها أنشطة اجتماعية، ليس لها اصدقاء، حتى أنها سعت لدخول دير الراهبات، وفي هذا الوقت رسمت فما يدل على أنه "فم جبار ومتهجم" ولكن بعد تسعة أشهر من العلاج، عندما أصبحت المريض أكثر اتصالا بالخارج؛ أكثر اجتماعية وأكثر كفاءة في الوظيفة العقلية، رسمت الفتاة فما مكتملا ولكنه صغير. بينما وجد Gutman أن المرضى الذين لا يتقدمون في العلاج يتملكهم ميل نحو رسم عيون مثقوبة، أو عيون فارغة، فهي سمة للفصامي البسيط أو الشخصية شبه الفصامية، وأن كلا النموذجين لهما دلالة ضعيفة نحو العلاج النفسي.

كذلك قام كاديس Kadis باستخدام رسم الشخص في العلاج النفسي لطفل (متخلف عقليا) في السادسة من عمره..كان الطفل قبل العلاج يعتمد اعتماداً كلياً على أمه، ويقارب نضجه الاجتماعي مستوى طفل عمره ثلاث سنوات، وكان لا يستطيع التفاهم مع غيره وقد وصف بأنه لديه عيوب نطق شديدة، وقد أعطى الطفل علاجا مركزاً في الكلام والنطق، ولكنه لم يتحسن. وقد فسر المعالج فشل الطفل في تحسين مستوى كلامه على أنه شعور عميق بالكراهية لبيئته. وقد رأى كاديس أن استخدام الرسم بالأصابع قد خلق اتصالاً وتفاهماً بينه وبين الطفل وكان الطفل يرسم غالباً مستخدماً اللون الأسود رسما عاما غير واضح لشخص دون أيدي، وضاغطاً بشدة على شفاهه وعند هذا الحد عبر المعالج عن شفقته على الشخص وقال للطفل إن هذا الشخص لا يستطيع أن يتمتع بعمل شيء بدون يديد ولكن الطفل لم يجب عن استفسار المعالج. وفي الجلسة التالية قام الطفل برسم نفس الشكل ولكن بطريقة

غير منتظمة وأعطى المعالج نفس الملاحظات على رسم الطفل..وفي الجلسات التالية وجد أن الطفل بدأ يرسم تفاصيل أكثر وضوحا لنفس الشخص مع ازدياد هذه التفصيلات تدريجياً في رسومه وأبدى المعالج رضاه عن الرسم، وبالتدريج لوحظ وضوح إطار الشكل مع زيادة في دقة الخطوط والرسم علاوة على أن الطفل بدأ في استخدام ألوان متعددة في رسمه (بدلاً من الاقتصار على اللون الأسود فقط)، وقد فسر كاديس ذلك التغير في سلوك الطفل بأنه وجد وسيلة للتعبير عن شعوره بالكراهية الذي استطاع بالتنفيس عنه في رسومه إلى درجة كبيرة.

ويرى Handler أن اختبار رسم الشخص يمكن أن يكشف الصراعات التي يعاني منها المريض وذلك بأن يتتبع المعالج رسوم الشخص التي يقوم بها المريض قبل العلاج، وأثنائه، وبعد العلاج.

ومن الدراسات التي وضعت نصب عينيها استخدام اختبار رسم الشخص في العلاج النفسي تلك الدراسة التي قام بها Modell بهدف التعرف على التغيرات التي يمكن أن تحدث في رسوم شكل الإنسان لدى المرضى الذين تم شفاؤهم من حالات النكوص حيث تكون العينة من 28 حالة من المرضى بالفصام الكتاتوني، والاكتئاب الذهاني، والبرانويا، تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: مجموعة تجريبية تتكون من 13 حالة تم شفاؤهم من حالة النكوص، ومجموعتين ضابطتين إحداهما تتكون من 8 مرضى لم يتحسنوا، والثانية تتكون من 7 مرضى غير متأكد من تحسن حالاتهم وقد تم الحصول على مئات الرسوم من هذه العينة على مدار عام واحد وتبين من النتائج أن هناك ارتباطاً دالاً إحصائياً بين تغيرات معينة في الرسم و الشفاء من حالات النكوص، حيث لوحظ نمطان مميزان للتغيرات في رسم شكل الإنسان قد ظهرت في رسوم المرضى الذين تم شفاؤهم، وهذان النمطان هما:

أ- النمط الأول للتغير ويطلق عليه مسمى "نضج صورة الجسم" للأشكال المرسومة، ويكون ذلك أكثر انطباقاً كلية على التغير في صورة الجسم ككل، فمع الشفاء من حالات النكوص يصبح الشكل أكثر تمايزاً، والجسم الذي كان يتم تمثيله كبيضة أو ماسورة، أصبح مقسما إلى

الجذع والحوض والأشكال تكون محكمة الغلق ومنظمة أما الحالات التي تتميز بالنكوص فكثيراً ما تظهر صورة الجسم غير مكتملة، ويوجد بالجسم مناطق مفتوحة في الرأس والجذع، وغالبا ما تبدو صورة الجسم ككل في هيئة دائرية وغير منظمة، كذلك تكون أجزاء الجسم وتفاصيل الملابس في الغالب غير متمايزة

ب- النمط الثاني من تغير الرسم يطلق عليه "النضج الجنسي" ويشير هذا المصطلح إلى تمايز الخصائص الجنسية الملائمة لكل من الشكلين (الذكري والأنثوي)، ففي حالة النكوص يكون التمايز الجنسي بين الشكلين إما غير موجود أو منخفض إلى الحد الأدنى، ومع الشفاء يحدث تطوراً أكثر ملائمة وتمايزاً أفضل للخصائص الجنسية للشكلين الذكري والأنثوي.

الفصل الثالث

المشكلات الصحية والحركية

- مقدمة.
- المشكلات الصحية والحركية.
- مشكلات تناول الطعام.
- المشكلات الجسمية للطفل.
- مشكلة نقص الانتباه وفرط النشاط.
- مشكلة فقد البصر الجزئي.
- مشكلة فقد السمع الجزئي.
- مشكلة الاضطرابات اللغوية.
- المشكلات الحركية.

  *الشلل الدماغي.
- إرشادات وتوصيات في دعم التطور الحركي والنمو الجسمي.
- التبول اللاإرادي.

الفصل الثالث

المشكلات الصحية والحركية

المقدمة

تعتبر مرحلة رياض الأطفال من أهم المراحل التي يمر بها الطفل في بداية حياته وتعرفه على العالم الخارجي، حيث انه في هذه المرحلة تتبلور شخصيته وفي هذه المرحلة ينمو الطفل نموا متكاملا إذا أتيحت له الفرص الملائمة للنمو السليم.

وتتعدد المشكلات التي تواجه طفل الروضة بسبب جوانب النمو المختلفة الجسمية والعقلية والمعرفية والانفعالية فهي تتكامل معا ويؤثر كل جانب في الآخر، بحيث أن أي خلل وظيفي أو اضطراب في أي جانب من الجوانب يتسبب في حدوث مشاكل في الجوانب الأخرى.

يتعرض الطفل إلى الكثير من المشكلات الجسمية التي تؤثر على صحته العامة وعلى مقدرته الجسمية وبالتالي على أداء وظائفه اليومية ولهذا يجب الاهتمام بهذه المشاكل وإيجاد حلا لها والتغلب عليها حيث يصبح الطفل عضو فعال ومنتج مشارك في تنمية مجتمعه وحتى نتمكن من مواجهة هذه المشاكل و إيجاد حلولا عملية لها، يجب التعرف على هذه المشاكل ودراسة كل جانب من جوانبها ومدى تأثيرها على القدرة الحركية للطفل.

المشكلات الصحية والحركية

تم الإشارة في المقدمة عن مرحلة رياض الأطفال وأهميتها وعن المشكلات التي تواجه الطفل فيها ومن هذه المشكلات:

1. **مشكلات تناول الطعام:**

أ- مشكلة فقد الشهية.

ب- مشكلة الشره العصبي.

ج- اضطرابات الأكل الفوضوي.

2. **مشكلات صحية (نقص، سوء التغذية).**
3. **مشكلة نقص الانتباه وفرط النشاط.**
4. **مشكلة فقد البصر الجزئي.**
5. **مشكلة فقد السمع الجزئي.**
6. **مشكلة الاضطرابات اللغوية.**
7. **مرض الشلل الدماغي، لج بيرثز**

وسنتناول في كل مشكلة من هذه المشاكل تعريفها وأسبابها وأنواعها وحلولها إن وجدت وأثرها على جوانب نمو الطفل الأخرى.

أولا: مشكلات تناول الطعام:

انتشرت اضطرابات الأكل بشكل كبير في الآونة الأخيرة لدى جميع فئات المجتمع ومنها (طفل الروضة) وهي تشكل درجة عالية من الخطورة وربما تؤدي إلى الوفاة إذا استمرت لدى الفرد لفترة طويلة دون علاج.

وتعرف اضطرابات الأكل بأنها: اختلال في سلوك تناول الطعام وعدم الانتظام في تناول الوجبات، مابين الامتناع القهري عن تناول الطعام أو التكرار القهري لتناول الطعام في غير مواعيده وبكميات تزيد عما يتطلبه النمو الطبيعي للفرد.

وتشمل اضطرابات الأكل كل من: (فقدان الشهية العصبي، الشره العصبي، اضطراب الأكل الفوضوي).

1- مشكلة فقدان الشهية:

إن لفظ Anorexia من أصل يوناني معناه فقدان الشهية وهي في الواقع تسمية خاطئة لان أصحاب هذا الاضطراب لديهم شهية للطعام ولكنهم يمتنعون عن تناوله بسبب مخاوف تجاه الأكل وجاء في قاموس التغذية أن فقدان الشهية العصبي اضطراب فسيولوجي ينتج عنه عدم الرغبة في الأكل وعدم الإحساس بالجوع مع نقص شديد في الوزن، وضمور في الأنسجة، وانخفاض معدل التمثيل الغذائي.

وفي قاموس التربية الخاصة عرف فقدان الشهية بأنه حالة خطيرة تتضمن إحجام الفرد عن تناول الطعام أو رفضه مما يؤدي إلى نقص وزنه وقلة حيويته وربما وفاته إذا لم يعالج.

أساليب لزيادة رغبة الطفل في تناول الطعام:

1. إذا كان الطفل يكره نوعا من الطعام فعلينا أن نبدله بنوع آخر لكي نجعل الطعام تجربة ممتعة بالنسبة للطفل.
2. يجب أن يشعر الطفل بالسعادة أثناء وقت تناول الطعام بوضع مثيرات أمامه.
3. يجب ألا يجبر الطفل على أكل جميع ما يوضع أمامه.
4. يجب ترك الحرية له في اختياره طعامه.
5. من الأفضل ألا يناقش الآباء الأطعمة التي يكرهونها أمام الأطفال.
6. الحرص على التنويع والتجديد والابتكار في شكل الآكل المقدمة للطفل.

2- اضطراب الأكل الفوضوي:

هذا الاضطراب يشبه الشره العصبي في أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ينهمكون في الأكل بطرق مسرفة وبصورة متكررة إلا أنهم لا ينخرطون في عملية تفريغ المعدة سواء بالقيء المتعمد أو تناول المسهلات ولا يحددون أي مدى لأوزانهم وهذا الاضطراب ينتشر لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة وهؤلاء يبدون كما لو كانوا مجبرين على الأكل بشراهة.

إن هذا الاضطراب لم يعد موجودا ضمن الاضطرابات غير المصنفة وانه من اضطرابات الأكل الجديدة ويحتاج لمزيد من البحث لوضع تصنيف وتشخيص محددة له.

ويذكر أن هذا الاضطراب يقوم على أساس الخبرات النفسية الطويلة داخل الفرد وقد أطلق عليه البعض اسم الفوضوية في الأكل.

مشكلة الإفراط في تناول الطعام:

الإفراط في تناول الطعام من المشاكل التي تصيب الكثير من الأطفال في مجتمعنا خصوصا فإن نظام الغذاء في المجتمع يعتمد كثيرا على النشويات وهي من المواد الغذائية التي تسبب زيادة في وزن الإنسان خصوصا إذا استعملت في البلدان الحارة حيث أن الطاقة اللازمة للتدفئة وتنظيم عمل الجسم تكون اقل من تلك المطلوبة في البلدان التي تتميز بالبرودة ولذلك كان أول سبب من أسباب زيادة الوزن عند الأطفال وفي المجتمع ككل هو النظام الخاطئ في التغذية .

ويعرف الإفراط في تناول الطعام: هو الرغبة المفرطة للطعام على الرغم من الشعور بالشبع وذلك له عوامل نفسية وهرمونية تختلف من حالة لأخرى وتحتاج لعلاج مختلف بالتأكيد، ويمكن أن تستمر حالة الشراهة لفترة ثم تتوقف أو يمكن أن تستمر مسببا للمريض أمراض كثيرة بسبب البدانة.

الأسباب:

أ- الضغط النفسي والقلق والتوتر.

ب- البوليما ((الشراهة العصابي)) (مرض نفسي يتميز المريض بتناول الطعام ثم يقوم بالقيء).

ج- إفراط إفراز للغدة الدرقية ومرض جريغز(إفراط إفراز هرمون الثيروكسين بسبب خلل دماغي يصيب الغدة الدرقية).

د- أمراض السكري (النوع الأول والثاني وسكري الحمل) أو سبب نقص مستوى السكر بالدم إن تناول بعض أنواع الأدوية مثل مضادات الاكتئاب والكوريتزون الذي يضاد هرمون الأنسولين في أداء وظائف ومنها إدخال السكر الموجود بالدم إلى الخلايا مما يجعل الخلايا تنبه الجهاز العصبي لحاجتها للسكر فيكون رد فعل الجهاز العصبي أن يزيد من شهية المريض للطعام ويستمر التنبيه ويستمر المريض بالأكل دون أن يصل السكر للخلايا وهكذا.

المشكلات الجسمية للطفل:

1. مشكلة نقص التغذية:

نقص التغذية مشكلة صحية لها تأثير خطير على النمو الجسمي للطفل، لان الطفل الذي يعتمد على التغذية الصحية السليمة ينمو نموا طبيعيا وأي نقص في تغذيته يؤثر على نموه الجسمي بالدرجة الأولى وخاصة من حيث الكمية والنوعية وتوافر العناصر الغذائية الأساسية كما يجب الاهتمام بالأغذية التي تعمل في بناء ونمو الجسم مثل المواد البروتينية التي تعمل في بناء العضلات وخلايا وأنسجة الجسم المختلفة. والكالسيوم والفسفور والمغنيسيوم التي تعمل في بناء الجهاز العظمي والأسنان، كما يجب الاهتمام بتزويد الطفل بالأغذية التي تمد جسمه بالطاقة اللازمة للنشاط والحيوية مثل المواد الكربوهيدراتية، والأغذية التي تحافظ على العمليات الحيوية بالجسم وتمنحه المناعة وتقيه من الأمراض مثل الفيتامينات.

ومن أهم الأسباب التي تؤدي إلى نقص التغذية في غذاء الطفل وهو عدم تواجد التوازن بين المكونات الغذائية التي يتناولها الطفل، وهذه الظاهرة تحدث إما بسبب جهل الوالدين بأهمية هذا التوازن أو بسبب بعض العادات الاجتماعية الغذائية البيئية التي تركز على بعض العناصر الغذائية وتهمل البعض الأخر إما لعدم توافرها في هذه البيئة أو عدم المحاولة لإيجاد بديلا بهذا النقص، ومن الأسباب التي تؤدي إلى نقص التغذية هو تقديم بعض الأغذية للطفل والتي تتميز بانخفاض قيمتها الغذائية وسعراتها الحرارية، وهذا بالطبع يؤدي إلى حدوث بعض الأمراض التي تؤثر على التكوين الجسمي للطفل وتهدد صحته ونموه الطبيعي.

2. مشكلة سوء التغذية:

سوء التغذية هي حالة تتسم بعدم اختيار الأغذية المناسبة التي يحتاجها الجسم والتي تعود عليه بالفائدة وهي أيضا عدم ملائمة الطعام الذي يتناوله الطفل لاحتياجاته الجسمية الخاصة أو حالته الصحية أو المرحلة السنية التي يمر بها.

وكثيراً ما يتعرض الطفل خاصة في مراحل عمره الأولى إلى حالة سوء التغذية فقد يكون الطعام الذي يتناوله متوافرا ولكنه غير ملائماً له ويحدث ذلك:

أ- عند فقدان التوعية الصحية لدى الوالدين فيما يتعلق بإختيار نوعية الغذاء المناسب للطفل وإعداده له بالطريقة السليمة.

ب- كمية الطعام وتوازنها مع احتياجات الطفل يعد من أهم الأسباب لسوء التغذية عندما نرى طفلا صغيرا يعاني من الضعف العام أو الهزال أو الإصفرار في الوجه مع قلة النشاط والحيوية فإن ذلك يدل على أن هناك سوء في تغذية الطفل كما أن الإفراط في تناول الطعام دون الحاجة إلى زيادة وزن الطفل وإصابته بالسمنة في النهاية، كما أن عدم تناول الكمية الكافية من الطعام أقل من حاجته الجسم لتوليد الطاقة يؤدي إلى النحافة والهزال وفي كلتا الحالتين يكون السبب سوء التغذية ولذلك يجب توعية الوالدين والأم بصفة خاصة بأهمية التغذية للطفل ومراقبة تغذيته من حيث الكمية المناسبة والنوعية وعدد السعرات الحرارية اللازمة لنشاط الطفل اليومي وحالته الصحية وعمره، كما يجب أن تغرس في الطفل منذ الصغر عادة البعد عن الأغذية غير المفيدة والإقلال منها مثل تناول كميات كبيرة من الحلوى والمياه الغازية على حساب الوجبات الغذائية الأساسية ذو القيمة الغذائية المتوازنة الكمية – النوعية.

ثانياً: مشكلة نقص الانتباه وفرط النشاط:

النشاط الزائد اضطراب شائع تشير الدراسات المسحية إلى أنه يظهر لدى ما يزيد 5٪ من الأطفال. وتزيد نسبة انتشار هذه الاضطرابات لدى الذكور بمعدل 3 إلى9 أضعاف عنه لدى الإناث. ومع أن هذا الاضطراب يحدث في المراحل العمرية المبكرة إلا أنه قليلا ما يتم تشخيصه لدى الأطفال في مرحل ما قبل المدرسة. والنشاط الزائد حالة طبية مرضية أطلق عليها في العقود الماضية عدة تسميات منها: متلازمة النشاط الزائد، التلف الدماغي البسيط، الصعوبات التعليمية وغير ذلك. وهو ليس أي زيادة في مستوى النشاط الحركي ولكنه زيادة ملحوظة جداً بحيث أن الطفل لا يستطيع أن يجلس بهدوء أبداً سواء في غرفة الصف أو على مائدة الطعام أو في السيارة.

ويميز البعض بين النشاط الزائد الحركي والنشاط الزائد النفسي ففي حين يشير النوع الأول إلى زيادة مستوى الحركة يشير النوع الثاني إلى عدم الانتباه والتهور

وقد يحدث كلا من النوعين معا وقد يحدث أحدهما دون الآخر وبغض النظر عن ذلك فإن كلا النوعين يؤثران سلبيا على قدرة الطفل على التعلم، وإذا ترك النشاط الزائد بدون معالجة فإن ذلك غالبا ما يعني أن الطفل سيعاني من مشكلات سلوكية واجتماعية في المراحل العمرية اللاحقة

وكثيراً ما يوصف الطفل الذي يعاني من النشاط الزائد بالطفل السيئ أو الصعب أو الطفل الذي لا يمكن ضبطه فبعض الآباء يزعجهم النشاط الزائد لدى أطفالهم، فيعاقبونهم ولكن العقاب يزيد من المشكلة سوءا كذلك فإن إرغام الطفل على عمل شيء لا يستطيع عمله يؤدي إلى تفاقم المشكلة، إن هؤلاء الأطفال لا يرغبون في خلق المشكلات لأحد، ولكن الجهاز العصبي لديهم يؤدي إلى ظهور الاستجابات غير المناسبة ولذلك فهم بحاجة إلى تفهم ومساعدة وضبط ولكن بطرق ايجابية.

كما أن النشاط الزائد يتصدر قائمة الخصائص السلوكية التي يدعى أن الأطفال ذوي الصعوبات التعلم ما تزال غير واضحة. بعضهم اقترح أن التلف الدماغي يكمن وراء كل منهما ولكن البحوث العلمية لم تدعم هذا الاعتقاد دعما قاطعا بعد.

خصائص الأطفال الذين يعانون من النشاط الزائد:

1- عدم الجلوس بهدوء والتحرك باستمرار.

2- التهور.

3- التملل بإستمرار.

4- تغير المزاج بسرعة.

5- سرعة الانفعال.

6- التأخر اللغوي.

7- الشعور بالإحباط لأتفه الأسباب.

8- عدم القدرة على التركيز.

9- إزعاج الآخرين بشكل مستمر.

10- التوقف عن تأدية المهمات قبل إنهائها.

أسباب النشاط الزائد

أولاً: العوامل الجينية:

تشير دراسات الأقارب من الدرجة الأولى ودراسات التوائم إلى أن العوامل الجينية تلعب دوراً مهماً في تقرير مستوى نشاط الإنسان، فقد بينت بعض الدراسات أن آباء الأطفال الذين لديهم نشاط زائد كانوا يعانون في طفولتهم من النشاط الزائد وفيما يتعلق بدراسة التوائم المتطابقة والمتآخية فهي تدعم دور العوامل الجينية في توريث النشاط الزائد وإن كانت غير معروفة.

ثانياً: العوامل العضوية:

يرى اعتقاد لدى بعض العلماء مفاده أن النشاط الزائد يرتبط بتلف دماغي بسيط في كثير من الأحيان ولكن الدراسات من جهة أخرى لا تقدم أدلة علمية قاطعة على ذلك فليس كل من لديه تلف دماغي يعاني من النشاط الزائد وليس كل من لديه نشاط زائد يعاني من تلف دماغ، وهناك اعتقاد أن النشاط الزائد ينتج عن مضاعفات الحمل والولادة.

ثالثاً: العوامل النفسية:

تشمل العوامل النفسية على أنماط التنشئة الأسرية فالبيئة الأسرية التي تعرض الأطفال لضغوط لا يستطيعون احتمالها قد تسبب النشاط الزائد، والتعزيز أي الاستجابة للنشاط الزائد للطفل والانتباه إليه يزيد منه كما أن للتعلم بالملاحظة دور كبير أي التفاعل اليومي بين الطفل و والديه و الأشخاص الآخرين يؤثر تأثيرا بالغا على سلوكه فإذا كان لديهم نشاط زائد فهو قد يقلدهم ويتعلم منهم.

رابعاً: العوامل البيئية:

هي النوع أو الفئة الرابعة من العوامل المسببة للنشاط الزائد وتتضمن التسمم بالرصاص و التعرض للإضاءة المنبعثة من الأجهزة المختلفة المستخدمة في الحياة اليومية.

علاج النشاط الزائد:

1. استخدام العقاقير الطبية المنشطة نفسيا فهي تحقق نجاحا لـ 70٪ من الحالات، مثل لريتالين والدكسيدرين والسايبرت وبما أن النشاط الزائد ينخفض عند بداية المراهقة فإن العقاقير يتم إيقافها عندما يبلغ الطفل الثانية عشرة أو الثالثة عشر من عمره.
2. أساليب تعديل السلوك وتشمل إعادة تنظيم البيئة الأسرية أو الصيفية بحيث تخلو من الإثارة البصرية الشديدة وتزيد مستوى الانتباه.
3. التدريب على تنظيم الذات معرفيا، الملاحظة الذاتية والضبط الذاتي اللفظي والتعزيز الإيجابي.
4. طريقة الاسترخاء حيث يتم التدريب على الاسترخاء العضلي التام في جلسات تدريبية منظمة على افتراض أن الاسترخاء يتناقض و التشتت والحركة الدائمة.
5. أسلوب التعاقد السلوكي وهو اتفاقية مكتوبة بين الاستجابات المطلوبة من الطفل والمعززات التي سيحصل عليها عندما يسلك على النحو المرغوب فيه ويمتنع عن إظهار النشاطات الحركية الزائدة.

التعزيز الرمزي وهو توزيع رموز معينة على الأطفال عند التزامهم بالمهمات السلوكية المطلوبة منهم وصرف تلك الرموز بمعززات اجتماعية أو مادية أو نشاطية

ثالثا: مشكلة فقد السمع الجزئي:

تشمل الإعاقة السمعية كلا من الصمم والضعف السمعي، والأصم:هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد عن 90 ديسبل، ضعيف السمع: هو الذي يتراوح مدى الفقدان السمعي لديه بين 25 – 95 ديسبل.

أصناف الإعاقة السمعية:

1- تبعا لعمر الفرد.
2- تبعا لموقع الإصابة.
3- تبعا لمدى الفقدان السمعي.

1- تبعاً لعمر الفرد:

تصنف الإعاقة السمعية تبعا لعمر الفرد إلى نوعين من هذه الإعاقة هي:

أ- إعاقة سمعية قبل تطور اللغة.

قد يفقد الأطفال السمع قبل أن يكتسبوا المهارات الكلامية واللغوية بسبب عوامل وراثية أوعوامل ترتبط بمرحلة الحمل وهذا النوع غالباً ما ينجم عنها مشكلات أكبر فالأطفال الذين يعانون من هذا النوع من الإعاقة السمعية لا تكون لغتهم قد تطورت أو لم يحدث أن سمعوا الأصوات العادية لذلك فهم غير قادرين على اكتساب اللغة بالطرق المألوفة ولابد من استخدام طرق خاصة لمساعدتهم على التواصل.

ب- إعاقة سمعية بعد تطور اللغة:

في هذا النوع يفقد الطفل السمع بعد أن يكتسب اللغة بسبب عوامل مثل التهاب السحايا والتهاب الأذن الوسطى وغيرها.

وهم أطفال كانت عمليات التطور الكلامي واللغوي قد بدأت لديهم وكلما حدثت الإعاقة السمعية لدى الطفل في وقت متأخر كانت احتمالات اكتسابه وفهمه للغة أفضل والأهداف حول هذه الفئة في الحفاظ على المهارات الكلامية واللغوية المكتسبة وفي الاستفادة من قراءة الكلام والقراءة من أجل اكتساب معلومات جديدة.

2- تبعاً لموقع الإصابة:

تصنف الإعاقة تبعا لموقع الإصابة إلى ثلاث أنواع هي:

1- **فقدان سمعي توصيلي:** عندما يكون الخلل في الأذن الخارجية أو الوسطى.

2- **فقدان سمعي حسي عصبي:** عندما يكون الخلل في الأذن الداخلية أو العصب السمعي.

3- **فقدان سمعي مركزي:** عندما يكون الخلل في المنطقة السمعية في الدماغ.

3- الإعاقة السمعية تبعا لمدى الفقدان السمعي:

1- إعاقة سمعية بسيطة (25 – 40) ديسبل.

2- إعاقة سمعية متوسطة (40 – 65) ديسبل.

3- إعاقة سمعية شديدة (65 – 90) ديسبل.

4- إعاقة سمعية شديدة جداً (أكثر من 90) ديسبل.

أسباب الإعاقة السمعية:

1. **الوراثة:** حيث تقدر بنسبة حدوث الإعاقة السمعية الناتجة عن عوامل وراثية بحوالي 50٪من مجمل حالات الإعاقة السمعية، وقد تنتقل الإعاقة السمعية من السلف إلى الخلف عبر الجينات المتنحية.
2. **الحصبة الألمانية:** إصابة الأم بها تؤدي إلى الإعاقة السمعية.
3. التهاب السحايا.
4. الخداج.
5. عدم توافق العامل الريزيسي بين الطفل و الأم.
6. إصابات الرأس المباشرة.
7. النكاف، الحصبة.

الاعتبارات الخاصة بتعليم الأطفال المعاقين سمعياً:

1. أن يكون الطفل جالسا وجها لوجه أمام المعلم.
2. عدم تعريض الطفل لإضاءة شديدة لأن ذلك يمنعه من قراءة الشفاه.
3. التدريب المناسب لهؤلاء الأطفال ليتعلموا قراءة الشفاه ولغة الإشارة و التهجئة.
4. تشجيع الطفل على استخدام السمع الوظيفي الذي يتمتع به.
5. استخدام المعينات البصرية المناسبة.

رابعا: مشكلة فقد البصر الجزئي:

وهي إحدى أشكال الإعاقة البصرية والشكل الآخر هو فقدان البصر الكلي وتعرف الإعاقة البصرية اعتمادا على حدة البصر.

الضعف البصري: هو حدة إبصار تتراوح بين 70/20 – 200/20 وفقا للتعريف القانوني وحالة الضعف البصر لا تمنع الطفل من استخدام بصره كاملا فثمة قدرات بصرية متبقية لديه للقراءة باستخدام أدوات التكبير وفقا للتعريف التربوي.

الأسباب الرئيسية للإعاقة البصرية:

1. أخطاء الانكسار مثل قصر النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء البعيدة) وطول النظر (ضعف القدرة على رؤية الأشياء القريبة) وحرج البصر (اللابؤرية بسبب عدم انتظام وشفافية القرنية).
2. التراخوما (التهاب فيروسي شديد في طبقة العين الخارجية).
3. البهاق (نقص أو غياب الصبغيات في العين).
4. التهاب الشبكية الصباغي (هو اضطراب وراثي يحدث فيه تلف في الشبكة.
5. إنفصال الشبكية عن جدار مقلة العين.
6. إعتلال الشبكية الناتج عن السكري.

أثر الإعاقة البصرية أو (ضعف البصر على النمو اللغوي):

تتطور المظاهر اللغوية لدى المعاقين بصريا تطورا طبيعيا إذا لم بكن لدبهم إعاقات أخرى ولكن أنماط النمو اللغوي المبكر لديهم تختلف عن تلك التي تظهر لدى الأطفال الأصحاء وذلك بسبب اختلاف الخبرات المبكرة التي يمرون بها من التأثيرات تعطيل اللغة غير اللفظية.

تأثير الإعاقة البصرية على النمو الحركي:

تبين الدراسات أن الأداء الحركي للأطفال المعوقين بصريا أو اضعف من أداء الأطفال المبصرين و أن الأداء الحركي للأطفال الذين ولدوا مكفوفين أضعف من أداء الأطفال الذين فقدوا بصرهم في مرحلة ما من مراحل حياتهم، تبين الدراسات أن بعض المهارات الحركية الدقيقة تتطور ببطء لدى الاطفال المعوقين بصريا لافتقادهم للدافعية لمارسة تلك المهارات بسبب عدم قدرتهم على رؤية الأشياء أو المهارات الحركية الكبير فلديهم تأخر في الزحف والوقوف والمشي والقفز والرمي وغير ذلك بسبب نقص الدافعية لديهم للتنقل والحماية الزائدة التي يمارسها الآباء.

طرق تنمية مفهوم ايجابي للذات لدى الطفل المعاق بصرياً:

1. تفهم حاجات الطفل وإشباعها.
2. تقبل الطفل وإشراكه بشكل منتظم في النشاط اليومي.

3. الاستعداد لمساعدة الطفل في انجاز عمل يختاره ويشبع حاجة من حاجاته.
4. البدء بإعطاء الطفل عملا يتفق واستعداداته.
5. السماح له بالتعلم وتحسين مهارته بمعنى تهيئة ظروف أدائه.
6. تركه يختار ويجرب العمل الذي يجب إنجازه.
7. توقع له أن يتقدم في الأداء.
8. مناقشة تقدم الطفل مع الآباء لكي يشاركوا في نجاح الطفل المدرسي.

الاعتبارات الخاصة بتعلم الأطفال المعوقين بصرياً:

1. تخصيص مكان واسع نسبيا لخزن الأجهزة الخاصة له وآلة بريل.
2. المحافظة على مستوى جيد من الإضاءة في غرفة الصف.
3. إزالة الحواجز غير اللازمة في غرفة الصف.
4. تعليم الاطفال ذوي الاحتياجات البصرية باستخدام المنهاج العادي وعدم اجراء تعديلات الا عند الحاجة الماسة.
5. التكلم في الصف بطريقة مسموعة وذكر كل شيء يكتب على السبورة.
6. تزويد الطفل بالاثارة السمعية الكافية والتواصل معه بشكل متكرر.
7. تخفيف المساعدة المقدمة للطفل ليصبح قادرا على الاعتماد على نفسه.
8. وصف الاحداث اليومية الروتينية وتوضيحها فالاطفال ذو الصعوبات البصرية غير قادرين على التعلم بالملاحظة.

خامساً: الاضطرابات اللغوية:

- **طبيعة المشكلة:**

يعتبر الكلام من أهم وسائل الاتصال الاجتماعي، فهو يعبر عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد وتدخل فيه عدة توافقات عصبية دقيقة مركبة يشترك في أدائها مركز الكلام في المخ الذي يسيطر على الأعصاب وهذه تقوم بتحريك العضلات التي تقوم بإخراج الصوت كذلك تشترك الرئتان والحجاب الحاجز إذ تقوم الرئتان بتعبئة الهواء وتنظيم اندفاعه وبمرور الهواء على الأوتار الصوتية وداخل الحنجرة والفم والتجويف تحدث تشكيلات مختلفة من الأصوات، قد يلاحظ عند الفرد اضطراب في الكلام والذي يبدأ أحيانا لدى الطفل في سن مبكرة وقد يختفي هذا الاضطراب مع

نمو الطفل أحيانا ولكن في أحيان أخرى تستمر لدى البعض هذه الاضطرابات على الرغم من نموهم في العمر وقد يتطور عند البعض الآخر إلى مرض يستدعي تدخلا طبيا وليس نفسيا فقط.

كما يعاني المصاب باضطراب الكلام عادة من أمراض نفسية مثل القلق، الشعور بعدم التقبل الاجتماعي وعدم الثقة بالنفس والشعور بالخجل، والشعور بالنقص مما يولد شعوراً بحب العزلة والانزواء وخده والخجل والانطواء المصحوب بالتوتر النفسي.

ولكن هناك حالات تصمد أمام التحدي المرضي والنظرة الاجتماعية وتولد لدى الطفل الدافع لبذل المزيد من الجد وممارسة التحدي حتى يصبح متفوقا على زملائه.

أنواع الاضطرابات اللغوية:

1. عيوب دلالات الألفاظ:

الطفل المعوق في اللغة يمكن أن يظهر عيوبا في الثروة اللفظية المستقبلة أو التعبيرية كذلك قد تبدو على الطفل بعض أشكال القصور أو الضعف في فهم العلاقات بين الألفاظ أو في استخدام هذه الألفاظ في فهم المتضادات والمترادفات وفئات المفاهيم (كالأغذية أو الملابس أو الألوان) أو قصور في استخدام الكلمات ذاتها تعتبر المشكلات من هذا النوع عيوبا في نظام دلالات الألفاظ أي المشكلات اللغوية التي ترتبط بالمعاني.

2. العيوب التركيبية البنائية:

تتضمن أشكال القصور في النظم التركيبية اللغوية مشكلات في ترتيب الكلمات أو في فهم واستخدام الأنماط المختلطة من الجمل ومن الأمثلة على هذه العيوب البنائية من أو يزيد وضع الكلمة في الترتيب غير الصحيح لها في بناء الجملة، كذلك قد يظهر الطفل صعوبة في فهم الجمل التي تصاغ في شكل أسئلة أو الجمل المنفية أو الجمل التي تتضمن قواعد لا يكون الطفل قد اكتسبها بعد بطبيعة الحال، يجب وضع العمر النمائي في الاعتبار عند تحديد ما إذا كانت أخطاء قواعد اللغة تعتبر شيئا غير عادي بالنسبة لطفها.

3. عيوب النظام المورفولوجي: (الصرفي)

تشتمل عيوب النظام المورفولوجي مشكلات فهم أو استخدام العلامات المختلفة للتشكيل (أو الصرف) في الأسماء والأفعال والصفات المطلوبة أو قد يستخدم علامات خاطئة في بناء الجمل.

4. عيوب النظام الصوتي:

يبدو أن عيوب النظام الصوتي اقل شيوعاً من الأنواع الأخرى لاضطرابات اللغة، تتضمن عيوب النظام الصوتي عادة النمو القاصر في نظام الصوت مما يجعل مخزون الطفل من الأصوات المختلفة التي يتطلبها النظام الصوتي الصحيح كأصوات بعض الحروف وبعض المقاطع الساكنة المتناثرة في حالات أخرى قد تكون لدى الطفل الذي يعاني من عيوب النظام الصوتي جميع الأصوات التي تتطلبها اللغة إلا انه يستخدم هذه الأصوات بطرق غير ملائمة.

قد تظهر المشكلات المختلفة السابقة بشكل منفرد أو في هيئة تجمعيات مختلفة من كل هذه المشكلات أو بعضها، كما أنها قد تكون مشكلات خفيفة أو حادة عندما تكون المشكلات من النوع الحاد فإنها تجعل التواصل الشخصي والتحصيل الأكاديمي بالغة الصعوبة بالنسبة للطفل، هذه المشكلات نادراً ما قد توجد بشكل منعزل إذ تكون مصحوبة عادة بمشكلات سلوكية وعيوب إدراكية وصعوبات في التعلم المدرسي

التأتأة أو اللجلجة:

هي عبارة عن اضطرابات كلامية تتجلى على شكل تقلص مصحوب بتكرار غير مرغوب ووقفات في مجرى الكلام وتكون إما على شكل ترددي (clomic) أو تشنجي (tomaic) وتحدث في سنوات بداية الكلام وقد تستمر حتى مرحلة البلوغ، وتدل الدراسات أن حوالي 0.1 من الناس المصابين بالتأتأة نصفهم من الأطفال تكون عادة في سن الثالثة أو الرابعة من العمر وذلك أثناء اكتساب الطفل للكلام أو في سن الخامسة عند دخوله للمدرسة الابتدائية، حيث تكون هناك منافسة بينه وبين زملائه وتستمر إلى بضعة أشهر فقط أما التأتأة المعتدلة فتبدأ في عمر 6- 8 سنوات وقد

تستمر لمدة سنتين أو ثلاث سنوات. أما التأتأة الدائمة فتبدأ ما بين سن الثالثة والثامنة من العمر وتستمر إلا إذا عولج بشكل فعال.

أسباب التأتأة:

1. الأسباب العضوية:

قد تنتج التأتأة عن استعداد وراثي، لذا فمن المحتمل أن يصاب الفرد بالتأتأة إذا كان في الأسرة أفراد مصابون بالتأتأة عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ أو تأخير في حصول المعلومات المرتدة نتيجة الضعف في السمع وقد يتطور هذا المرض إذا لم يعالج، كما تنجم التأتأة عن عيوب في جهاز الكلام المتمثل في الفم والشفتين وهذه العيوب قد تكون خلقية وتحتاج إلى تدخل جراحي، كما أن إصابة الدماغ في فترة الطفولة وخاصة مؤخرة الرأس، والتهابات الأنف وإفرازات الغدد واضطرابات الدورة الدموية.

2. الأسباب النفسية والبيئية:

تعتبر التأتأة احد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة النفسية، وأنها نتاج للخبرات التي تحتوي على صراع وعلى موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقة إلى رد الفعل.

كما تعتبر أيضاً نتاجاً للمخاوف والوساوس وكذلك للصدمات الانفعالية التي تواجه الطفل ولشعوره بالنقص وشعوره بالإحباط في مواقف تنافس.

كما أن التوقعات المتدنية القليلة من الطفل وتلبية كل احتياجاته خاصة في السنوات الأولى من عمره تؤدي إلى اعتماده على والديه ويصبح نمو الكلام لديه غير ضروري ولا تشجع من قبل الوالدين مما يجعل تعبير الطفل عن نفسه غير واضح وقد يظهر شعوره بعدم الكفاءة على شكل كلام مضطرب تشوبه التأتأة.

الوقاية و العلاج

هناك عدة طرق ممكن للأخصائي النفسي أو المعالج أو الأبوين إتباعهما بعناية مع الأطفال الذين يعانون من التأتأه

1. العلاج العضوي ـ الطبي

في حالة اضطرابات الكلام الناجمة عن حالات عضويه قد يتطلب ذلك تدخلا علاجياً جراحياً عصبياً وقد أثبتت الدراسات آن نسبة عاليه من الذين يعانون من التأتأه يعانون من شذوذ في رسم المخ الكهربي و ذلك فلا مانع من استعمال العقاقير المضادة للصرع بما إن علاج العيوب الجسمية التي تسبب عيوب النطق كالشفاه المشقوقة أو تشوه الأسنان شيء ضروري و هام للتغلب على هذه العيوب.

2- تعليم الأطفال الكلام الصحيح إذا كانوا يتقبلونه باستخدام طرق ملائمة:

ينبغي إلا يكره الأطفال على تعلم الكلام بالقوة إلا إذا كانوا يقبلونه وعلى استعداد لذلك ومن المفضل إن يستخدم الوالدات التشجيع وزيادة الدافعية عند الطفل للتعاون بإعطاء بعض المكافآت ومن المفيد تشجيع الطفل على التباطؤ في إثناء الكلام والبدء بكل مقطع بهدوء ورفق حتى لا تنغلق صمامات الحنجرة مما يسير لديهكما إن العلاج الكلامي بالتمارين والقراءة بصوت عال والتكلم إمام المرآة مع وجود مسجل مفيد في التغلب على هذه المشكلة.

3- تنمية شعور الطفل بالكفاءة و خفض القلق و التوتر و الضغط لديه:

إن تنمية شعور الطفل بالكفاءة تقي من حدوث التأتأة و ذلك باكتشاف أفضل الطرق لمواجهة المواقف الصعبة فالتأتأة توجد لدى الطفل شعوراً بالاختلاف عن الآخرين وعدم الكفاءة ومن المهم جداً مساعدة الطفل على الشعور بالاسترخاء والإحساس بمهارته اجتماعيا لذا لا بد من الكشف عن سبب التوتر والعمل على خفضه قدر المستطاع ومن المفضل تعليم الطفل استخدام أسلوب لعب الأدوار حين التعامل مع الطفل و ينبغي أيضا عدم استعجال الطفل بطء الكلام فالصبر والتقبل وخفض التوتر جميعا تساعد على ذلك.

مصطلحات في اضطرابات اللغة:

التمتمة: التردد في التاء.

الفأفأه: الفافاه في الكلام كان الفاء تغلب على اللسان و الفافاه الذي يعسر علي خروج الكلام.

القلقلة: التواء اللسان عند إرادة الكلام.

الثفثفه: رته في اللسان و ثقل و الرته تردد ألكلمه حتى لا تكاد تخرج من فمه.

تلجلجه: إذا تتدفع و مضغ الكلام و لم يخرجه بعضه في اثر بعض قيل ملجج و منه سمي الرجل للاجا.

ألعقله: يقال في لسانه عقله إذ تعقل عله الكلام.

التلعثم: هو عيب من عيوب الكلام أو اضطراب من اضطرابات اللغة يتميز بالتوفيق و بالمد أو بالتكرار ألكلمه أو المقاطع و يصاحب ذلك بعض التقلصات في عضلات الوجه و هذه التقلصات من الوسائل التي يحاول المتكلم بوساطتها إن يعاون نفسه على بدء الكلام أو إخفاء العيب الكلامي.

وترجع محاولات تعريف التلعثم إلى عصور بعيده فقد ترجع إلى ما قبل الميلاد ففي العصور اليونانية القديمة كانت محاولة ((أرسطو)) لتعريف ظاهرة التلعثم على أنها فقدان ألقدره على الاستمرار في الحديث. إما في القرن الثامن عشر فقد عرفها (منيد ليسون) بأنها اضطراب نفسي المنشأ و ليس له أي أساس عضوي خاص بالأعضاء الكلامية

انتشار التلعثم: ظاهرة التعلثمى غير مشروطة بالحدوث والانتشار في مجتمع معين أو سن محدد أو فئات محدده دون غيرها إلا إننا نلاحظ إن هذه الظاهرة يغلب ظهورها وانتشارها بكثرة خلال مراحل النمو المبكرة وتزداد من سن سنتين إلى ثلاث سنوات وتختفي لمدة قصيرة ثم تعاود للظهور مع بداية دخول المدرسة و أحيانا يشتد ظهورها خلال مرحلة المراهقة وإن نسبة انتشار التلعثم في الغالب يظهر بكثرة لدى الذكور عنه لدى الإناث بمعدل أربعة ذكور لكل أنثى واحده و قد يرجع الاختلاف بين الجنسين إلى أسباب تكوينيه تحد من شدة المؤثرات العاطفية و الانفعالية كما أن تأثير الظروف التربوية والاجتماعية تتطلب معامله خاصة للذكور عنها لدى الإناث فالطفل الذكر

مطالب بالشجاعة والبراعة والاختلاط مما يجعله في مأزق ويتعرض لضغوط نفسيه يظهر على شكل تلعثم عند مواجهة الآخرين.

- **الخصائص المميزة لظاهرة التلعثم:**

1- **التكرار:** ويقصد به تكرار المقاطع أو الحروف ويقوم المتلعثم بتكرار كلمة بأكملها أو عبارة أو جملة ولكن تكرار مثل هذه العبارات أو الجمل يكون في العادة تكرارا تتابعيا آليا كما يحدث في حالة تكرار الكلمات.

خصائص عملية التكرار:

أ- خاصية العمومية، بمعنى أن التكرار يلاحظ وجوده دون استثناء لدى جميع المتلعثمين.

ب- توتر الشفاه وتظل مضمومة عند نطق الحروف والمقاطع والكلمات في حين أن الفك يهتز ويرتعش إلى أعلى والى أسفل.

ت- التكرارات تحدث بصورة لا إرادية.

2- **الإطالة:** وهي محاولة من جانب المتلعثم لإطالة نطق المقاطع والكلمات للخروج من مأزق التلعثم إثناء الكلام ويتمثل ذلك في إطالة الأصوات خاصة الحروف الساكنة وهذا من أهم ما يميز كلام المتلعثم.

3- **التوقف:** يتضمن التوقف أو الامتناع عن الكلام للحظة وعدم قدرة المتلعثم على إنتاج الصوت إطلاقا على الرغم من المجاهدة الكبيرة وذلك نتيجة انغلاق في مكان ما بالاحبال الصوتية مع توقف وجمود الحركة الآلية للكلام وبعض التوقفات قد تصاحب بارتعاش في العضلات، كما يقوم بعض المتلعثمين بتأدية بعض السلوكيات التي تساعد على الخروج من هذا التوقف، مثل التعبير بهزة مفاجئة للرأس أو الذراعين ويطلق على هذه الأنماط من السلوك ((مصاحبات التوقف))

4- **الملامح الثانوية:** وهي تظهر في سلوك محوري يتم بشكل لا إرادي ونفسي به حدوث ارتعاش، يأخذ شكلا أساسيا على نحو خاص في كلام المتلعثمين الذين تخطوا مرحلة الطفولة وهذه الارتعاشات تحدث بصفة خاصة

في منطق الفكين وتستمر عادة لمدة قصيرة ولكنها رغم قصر مدتها الزمنية تكون لحظات مشبعة بالتوتر وهي مظاهر ثانوية وتتلخص في الضغط على الشفتين وفتح العينين وإغماضهما لا إرادياً وإبراز اللسان وتكشيرات الوجه واضطراب الشهيق والزفير والميل بالرأس إلى الخلف والأمام والجنب.

5- **السلوك الإجماحي:** ويعكس هذا السلوك رغبة المتلعثم في تجنب ما يترتب على تلعثمه من نتائج غير سارة ومؤلمة ويأخذ أشكالا مختلفة مثل مثير معين كحروف محددة أو كلمات بعينها وكذلك تجنب المواقف المرتبطة بالتلعثم في الكلام.

6- **اضطرابات التنفس:** وتتمثل في استنشاق الهواء بصورة مفاجئة تظهر في شكل (فواق) أو قد يخرج المتلعثم كل هواء الزفير تقريبا ويحاول استعمال الكمية القليلة الباقية منه في الحديث.

7- **ردود الفعل الانفعالية:** ويتمثل ظهور أعراض على سلوك وشخصية المتلعثم كالقلق والحزن والخوف والعدوانية والإحباط والشعور بعدم القيمة وعدم الكفاءة والخجل والعجز واليأس والتهديد والشعور بعدم الأمن والطمأنينة وقد تزداد هذه الأعراض حدة بدرجة تجعل المتلعثم يحاول الانتحار أو الرغبة الشديدة في العلاج بشتى الطرق وليس بالضرورة أن نجد هذه الأعراض عند كل متلعثم فهي تختلف من وقت لآخر ومع تقدم المتلعثم في العمر واستمراره في التلعثم يعتبر اضطرابا ديناميا غير مستقر مما يجعل ملاحظته وقياسه أمراً صعباً.

◆ **إرشاد آباء الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية:**

1- تجنب توتر الأعصاب، وعدم المسارعة والحكم على الطفل بأنه متبلد الذهن.

2- ضرورة التعامل بالعطف والمودة مع الطفل وتفادي المبالغة في توجيه الطفل والسيطرة عليه.

3- منح الطفل فرصة الاختلاط بأطفال آخرين حتى لا تكون الوحدة وعدم الاختلاط بمن هم في مثل سنه سببا في تعويق سرعة الكلام.

4- التحدث مع الطفل بلغة سهلة ومبسطة.

5- عدم استخدام لغة الطفل في الحديث معه بل تعويده النطق السليم للألفاظ والكلمات.

سادساً: المشكلات الحركية:

يشير هذا المصطلح إلى حالات مختلفة قد تكون ولادية وقد تكون مكتسبة ولكنها عموما تحد من قدرة الفرد على استخدام جسمه في القيام بالوظائف الحياتية اليومية بشكل مستقل وعادي. ومن أكثر الاضطرابات الحركية شيوعا هي:

الشلل الدماغي: هو اضطراب حركي يرتبط بالتلف الدماغي وغالبا ما يظهر هذا الاضطراب على صورة شلل أو ضعف أو عدم توازن حركي وقد كان يطلق على هذا الاضطراب في الماضي اسم (مرض لتل) نسبة للطبيب لتل الذي كان أول من قدم وصفا عياديا له عام 1862م كذلك يطلق على هذا الاضطراب اسم الشلل الولادي التشنجي وهنا تجدر الإشارة إلى الشلل الدماغي يختلف تماما عن شلل الأطفال من حيث الأسباب والصورة العيادية العامة.

وتقتصر استخدامات مصطلح الشلل الدماغي على الحالات التي يحدث فيها التلف الدماغي في المراحل العمرية المبكرة جداً إما إذا حدث التلف بعد مرحلة الرضاعة فالحالة لا تعتبر شللا دماغياً رغم ان الطفل قد يظهر عليه نفس الخصائص الجسمية والسلوكية والشلل الدماغي ليس معديا ومع انه غير قابل للشفاء إذ هو حالة تلازم الإنسان طوال حياته إلا أن التلف الدماغي المسؤول عنه لا يزداد سوءا مع الأيام وعلى أية حال فإن الحالة العاملة للطفل قد تتدهور مع مرور الزمن إذا ما حرم من العلاج المبكر لان ذلك قد يعود إلى مضاعفات عديدة.

◆ **أسباب الشلل الدماغي:**

-1 قبل الولادة:

1. إصابة الأم الحامل بالحصبة الألمانية.
2. الأمراض المزمنة مثل السكري.
3. التفاف الحبل السري.
4. تسمم الحمل.
5. عدم توافق العامل الريزيسي.
6. الخداج.

-2 بعد الولادة

1. نقص الاكسجة.
2. الحمى.
3. الأمراض المعدية مثل (السحايا).
4. الأورام الدماغية.
5. النزيف.
6. التسمم.
7. إصابات الرأس.

إن أهم ما يميز الشلل الدماغي هو اضطراب الوظائف الحركية الإرادية إلا انه إعاقة نمائية متعددة بمعنى انه قد يؤثر سلبا على مختلف مظاهر النمو لدى الطفل وقد أظهرت الإعاقة السمعية والبصرية والاضطرابات الكلامية واللغوية والصرع والإعاقة العقلية والإعاقة الإدراكية، كما أن الأطفال المشلولين دماغيا لا يشكلون فئة متجانسة فثمة فروق فردية كبيرة بينهم.

- **أنواع الشلل الدماغي**

-1 الشلل الدماغي التشنجي.

-2 الشلل الدماغي الالتوائي (التخبطي).

-3 الشلل الدماغي اللاتوازني.

إرشادات وتوصيات في دعم التطور الحركي والنمو الجسمي للطفل من عمر (4- 6)

- توفير مكان آمن ومناسب وخال من المخاطر ليلعب به الطفل.
- مراعاة قدرات الطفل ومساعدته في المهارات الحركية دون المساس باعتماده على نفسه.
- إعطاء الطفل الفرص الكافية ليلعب ويتحرك لان المهارات الحركية يتم تعلمها بالممارسة.
- الابتعاد عن المواد الغذائية المصنعة والحلوى الملونة.
- تأمين غذاء متكامل متوازن.
- توفير العاب وأدوات تعزز تنمية المهارات الحركية للعضلات الكبيرة ومهارات حركية للعضلات.
- التأكد من سلامة وأمانة الألعاب والأدوات سواء المصنوعة أو شكلها الخارجي ضرورة تشجيع الطفل وإرشاده في حركاته إثناء اللعب وإثناء تناول الطعام.
- إتاحة الفرص للطفل بالأنشطة الرياضية المنظمة (كرة قدم /كرة سلة).
- تقدير نشاط الطفل ولعبه لإشارة الاهتمام لدية وتخليصه من الشعور بالإجهاد.
- التأكد من شرب الطفل الحليب وتناول أغذية تحتوي على الحليب.
- استشارات الطبيب عند ملاحظة أي مؤشر يدل على نشاط وحيوية الطفل أو زيادة وزن الطفل.
- اختيار ألعاب تناسب الحركة (طفل هادي: - عجلات كرات /طفل كثير الحركة يحتاج إلى العاب كتب أشرطة /العاب تمثيل).

سابعا: التبول اللاإرادي

مفهوم التبول اللاإرادي ومظاهرة:

يقصد بالتبول اللاإرادي تكرار نزول البول لا إراديا في الفراش من قبل الطفل في سن الرابعة فما فوق. أو عدم قدرة الطفل العادي على التحكم في عملية التبول في سن ينتظر فيه أن يكون قد تعود على ضبط جهازه البولي. وفي هذه الظاهرة تشير إلى ضعف قدرة الطفل على ضبط عمليات المثانة وعدم قدرته على التحكم فيها حتى يذهب إلى الحمام وإفراغ المثانة إراديا. ويرى بيلر أن التبول اللاإرادي "حالة من التفريغ اللاإرادي للمثانة ليلاً عند طفل يزيد عمره عن ثلاث سنوات ونصف بمعدل لا يقل عن مرتين في الأسبوع من غير أن تظهر عنده أسباب عضوية واضحة".

وحالة التبول اللاإرادي كثيرة الشيوع عند الأطفال الذين يعانون من بعض المشاكل العاطفية والانفعالية، كما تظهر عند غيرهم ممن لا يعانون من هذه المشاكل. وقد يكون التبول اللاإرادي في الليل وقد يكون في النهار وقد يكون في الليل والنهار. وقد يكون التبول اللاإرادي متصلا أي منذ الولادة، وقد يكون متقطعا، فقد يحقق الطفل نجاحا لمدة ثلاثة أشهر في انقطاع عن التبول اللاإرادي، إلا انه يعود إلى التبول اللاإرادي مرة أخرى. وتشير الدراسات إلى أن معظم الأطفال(80٪) من نوع المتبولين لا إراديا بشكل متصل.

كما أظهرت الدراسات أن حوالي 25٪ ممن يتبولون لا إرادياً في الليل تظهر عندهم هذه المشكلة في النهار. وان نسبه الأطفال الذين يتبولون لا إرادياً تتناقص تدريجيا مع تقدمهم في العمر. وتشير البيانات إلى أن كل واحد من كل أربع حالات ما بين الرابعة والسادسة من العمر، وان 12٪ من الأطفال ما بين السادسة والثامنة من العمر، وان 5٪ من أطفال سن العاشرة إلى الثانية عشرة, و2٪ من صغار الراشدين يعانون من حالات التبول اللاإرادي بين الحين والآخر في فراشهم. كما بينت الدراسات أيضا انه في عمر الثالثة تصل نسبه الأطفال الذين تعلموا ضبط التبول ليلاً إلى 75٪ وفي سن الخامسة تكون النسبة العظمى منهم قد تعلمت ضبط التبول الليلي، ويبقى حوالي 10٪ منهم يعانون من المشكلة، وتتناقص هذه النسبة سنوياً.

ويرى كمال(1983) أن التبول اللاإرادي الليلي ليس إلا عادة طبيعية في السنة الأولى من العمر، وان هذه العادة تقل تدريجيا مع التقدم في العمر. ويشير أيضا إلى أن حوالي 89٪ من الأطفال تتوقف عندهم هذه العادة في نهاية السنة الثالثة، وتستمر عند البعض الآخر. ويعاني من هذه المشكلة حوالي 13- 25٪ من أطفال الصف الأول الابتدائي. وأظهرت الدراسات أن هذه المشكلة تنتشر بين الذكور أكثر منها عند الإناث. وبينت دراسة كاوفمان أن نسبه من يعانون من هذه المشكلة من الذكور هو ضعف النسبة عند الإناث. والجدير بالذكر أن حالات التبول اللاإرادي لا تعتبر مشكلة إذا ما حدث ذلك في الطفولة المبكرة (أي قبل ثلاث أو أربع سنوات) أما إذا استمرت بعد هذه السن فإنها تعتبر حالة مرضية.

وأظهرت دراسات أخرى أن تبليل الطفل لفراشه بعد الخامسة من العمر مرات قليلة ليس مشكلة (لان العرض لم يتكرر) فمن الملاحظ أن بعض تلاميذ الروضة والابتدائي يتبولون في ملابسهم أحيانا، لعدم معرفتهم بمكان الحمام أو الخوف أو الخجل من استئذان المدرسة أو لانشغالهم باللعب. كما قد يتبول البعض لاإراديا ليلا نتيجة حلم مزعج أو بسبب التعب وغلبه النوم. وتشير بعض الدراسات أن حوالي 75٪ من الحالات (أن التبول اللاإرادي) تعاني من تبول ليلي ,20٪ من تبول ليلي ونهاري و 5٪ من تبول نهاري فقط.

أسباب التبول اللاإرادي:

عرفت مشكلة التبول اللاإرادي منذ أقدم العصور، واهتم الإنسان بدراستها منذ حوالي 3000سنه. وكان الميل الغالب آنذاك أن سبب هذه المشكلة ,حلول أرواح شريرة بأجسام الأطفال مما أدى إلى سوء معاملتهم بالضرب وكيهم بالحديد والنار لإرغام الأرواح على الخروج من أجسامهم.

وأشارت الدراسات الانثروبولوجية أن بعض القبائل البدائية في جنوبي افريقية تعتقد حتى الآن أن تبول الأطفال لاإرادياً سببه وجود دم فاسد في أجسامهم ويعالجونهم بفتح ثقب في أعلى الصدغ لفسد هذا الدم.

وفي القرن التاسع عشر ساد الاتجاه الذي يرى أن سبب التبول اللاإرادي عضوي حيث يكون نتيجة ضعف في المثانة أو أمراض في المسالك البولية والكليتين وعالجوها بالأدوية والعقاقير الطبية.

أما في القرن العشرين فقد زاد الاهتمام بهذه المشكلة واتجه النظر إلى الأسباب النفسية والاجتماعية بالإضافة إلى الأسباب العضوية. وتجمع الدراسات على تصنيف أسباب التبول اللاإرادي إلى ما يلي:

أ- أسباب عضوية وراثية:

حيث نجد أن بعض من يعانون من مشكلة التبول اللاإرادي يظهر لديهم خلل في الجهاز البولي، أما بسبب الوراثة، أو بسبب الإمراض التي تصيبه "أي التي تصيب الجهاز البولي" مثل التهاب مجرى البول، أو وجود حصوة في إحدى الكليتين أوالمثانة أو الحالب" أو نتيجة الإصابة بأمراض أخرى مثل التهاب المستقيم، ومرض السكري، والإمساك وسوء الهضم.

وأكدت الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من تبول لاإرادي متصل يكون لديهم عدم نضج كاف لميكانيكية السيطرة على المثانة. وتتراوح التقديرات لوجود أسباب عضوية لهذه المشكلة، مثل: التهاب القناة البولية. واضطرابات بنيوية في الجهاز البولي كصغر حجم المثانة أو اتساع فوهة المثانة. ما بين 1- 10٪ وكثيرا ما يرتبط التبول اللاإرادي بوجود البول الحمضي المركز. وديدان في الشرج. وتشير بعض الدراسات" إلى أن مشكلة التبول اللاإرادي مشكلة وراثية بدليل أن آباء الأطفال المتبولين إراديا كانوا يعانون من هذه المشكلة بنسبه 32٪ آباء، و20٪ أمهات، وأيد ذلك فوجد أن 52٪ من اسر هؤلاء الأطفال لهم فرد أو أكثر كان يعاني من التبول اللاإرادي في صغره أولا يزال يعاني منه (عودة وآخرون،1984) ويرى أسمان أن ما يقارب ثلاثة أضعاف حالات التبول اللاإرادي موجودة بين آباء الأطفال المتبولين لاإراديا منها بين آباء الأطفال غير المتبولين لا إراديا عندما كانوا أنفسهم أطفالا. ولكن القول بوراثة التبول اللاإرادي قول ضعيف علميا حتى الآن. إذ لا يوجد دليل علمي يدل على أن التبول اللاإرادي ينتقل عن طريق المورثات وليس عن طريق جرثومة مرضية. لكن

الاحتمال الأكثر قبولا في وراثة التبول اللاإرادي هو وراثة الأطفال الذين يعانون من هذه المشكلة . لخصائص فسيولوجية (استعداديه) تؤدي إلى تأخر نضج المثانة وضعف العضلة القابضة.

ب- أسباب انفعالية- نفسية:

في معظم الحالات يعود التبول اللاإرادي إلى عوامل نفسية, فقد تظهر هذه المشكلة عند الطفل نتيجة ولادة مولود جديد في الأسرة مما يشعر الطفل بالغيرة نتيجة تركيز الأم عنايتها على الطفل الجديد وإهمالها للطفل السابق, فيتكون القلق عند هذا الطفل ويمكن أن يبلل ثيابه أو فراشه, ويرى"فرويد" في تفسيره للتبول اللاإرادي على انه عرض نكوصي يدل على ما يعانيه الطفل في صراع نفسي لم يحل نتيجة ما يدركه من تحول الوالدين عنه إلى العناية بأخيه الصغير ويعتقد انه مهدد بفقدان حبهما له . مما يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لدية لجذب انتباههما إليه, فإذا ما تحقق ذلك استمر في تبليل الفراش ليحصل على مزيد من الاهتمام ورعاية الوالدين كما يرى كولب وكوران وبارترج وستوري أن التبول اللاإرادي هو عدوان رمزي, فالطفل العدواني يميل إلى التبول اللاإرادي.

ويرى أصحاب نظرية التحليل النفسي أن الطفل الذي يشعر بقسوة البيئة عليه، ولا يجد ما يفرحه فيها, ويغضب منها، يحقد عليها ويحتقرها ويبول عليها كما أن انتقال الطفل من مرحلة إلى أخرى وما تتطلبه تلك المرحلة الجديدة من سلوك يصعب التكيف معه من قبل الطفل مثلا عندما يذهب الطفل إلى المدرسة لأول مرة يؤدي إلى ظهور هذه المشكلة لديه.

كما أن الخوف سواء أكان من الظلام أو الحيوانات المفترسة أو من التهديد, أو لسماع قصة مزعجة من شأنه أن يؤدي إلى التبول اللاإرادي. بالإضافة إلى ذلك فالعلاقات الأسرية المضطربة التي تهدد أمن الطفل تؤدي إلى هذه الحالة.

ويرى كولب أن ممارسة العقاب على الطفل يؤدي إلى ظهور هذه الحالة لدية حيث يقوم الطفل هنا بسلوك انتقامي من الذين يمارسون العقاب وينفسون عن غضبهم.

وتشير الدراسات أيضا إلى أن التبول اللاإرادي عرض لاضطراب في شخصية الطفل، وتأييد ذلك أن الطفل الذي يبلل فراشة يعاني من مشاكل نفسية كثيرة منها: مص الأصابع، وقضم الأظافر، وأحلام اليقظة، والشرود الذهني، والانطواء، والتأتأة، والخوف، والاتكالية، كما وجد بيفرلي أن الآباء يصفون أطفالهم الذين يبللون فراشهم، بالعصبية، وسرعة الغضب، وسرعه البكاء، وفي دراسة أخرى وجد أن معظم هؤلاء الأطفال منطوون على أنفسهم، وسلبيون، ويخافون من اللعب النشط، ولا يؤدون أي عمل بجدية، وتحصيلهم الدراسي أقل من مستوى قدراتهم الذهنية.

ويرى بعضهم ارتباط التبول اللاإرادي بمستوى الذكاء. إذ من المتوقع أن تكون عملية ضبط التبول أكثر بطئاً عند الأطفال المتخلفين عقلياً منها عند الأطفال ذوي المستويات السوية في الذكاء.

ج- أسباب اجتماعية:

تعد الظروف الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل احد الأسباب الرئيسية المسئولة عن مشكلة التبول اللاإرادي عند الطفل. فكثرة عدد الأطفال في الأسرة والذي ينجم عنه نقص في تدريب الطفل على ضبط المثانة بشكل مبكر تكرس العوامل النفسية والجسمية والتي تسبب التبول اللاإرادي. لذا فان أصحاب نظرية التعلم يرون أن اكتساب عادة التحكم بالمثانة سلوك متعلم والتأخر في اكتسابه يعود إلى أخطاء في التدريب عليه. فالطفل الذي يفشل في ضبط عمليات المثانة حتى سن السادسة وما بعدها أما أن يكون والداه قد أهملا في تدريبه أو علماه بطريقة خاطئة.

كما سبق أن أشرنا القسوة في المعاملة، وحرمان الطفل من حنان الوالدين، وشعوره بعدم الأمان وعدم الثقة فيمن حوله يؤدي إلى التبول اللاإرادي. كما أن التدليل الزائد لا يقل أثرا من القسوة في المعاملة من قبل الوالدين، إذ أن ذلك يؤدي إلى نموه متعودا على الأخذ دون العطاء، إتكاليا في كل شيء ولا يستطيع أن يحل صراعاته بنفسه مما يؤدي إلى النكوص والارتداد والتثبيت.

كما أن إثارة الغيرة والمنافسة بين الأشقاء، أو بين التلاميذ في الفصل الواحد ينمي عندهم الشعور بالحقد والغضب والإحباط والصراع والقلق مما يجعلهم مهيئين

للتبول اللاإرادي كحيلة دفاعية لحل صراعاتهم أو لأثاره الانتباه إليهم. ويخطئ الوالدان عندما يعاملان الطفل بقسوة حين تبليل فراشة مما يؤدي إلى تعقيد المشكلة، ويطيل استمرارها، كما يخطئ الوالدان أيضا عندما يحيطان هذه العملية بسرية تامة، وكأن هذه المشكلة من العيوب المخجلة مما يشعر الطفل بالخجل والذنب والقلق وتتعقد المشكلة أكثر.

كما أن للخلافات الأسرية دورا كبيرا في تأخر نسبة كبيرة من الأطفال في ضبط المثانة لديهم. فتهديد الأب للام بالطلاق، وتهديد الأم للأب بترك البيت على إسماع الطفل، يؤدي إلى زعزعه ثقته بنفسه ويتوقع الحرمان في كل حين، مما يجعله يحس بعدم الأمن والأمان مع الأسرة، ويشعر بالقلق والصراع، مما يؤدي به إلى النكوص والتثبيت في عملية ضبط المثانة، وظهور التبلل اللاإرادي عنده.

علاج التبول اللاإرادي:

لا بد من علاج الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي طبياً إذا كانت أسباب مشكلته تتعلق بالناحية العضوية. ومن المتوقع أن يكون تجاوب الطفل مع العلاج الطبي سريعاً إذا كان سبب التبول اللاإرادي عضوياً، ويكون العلاج الطبي باستخدام الأدوية، أو اللجوء إلى العمل الجراحي أحيانا. ويذكر كوران أن استخدام الدواء ضروري في الحالات التي تعاني من نوم عميق، كما يمكن استخدام الأدوية المقوية للجهاز السمبثاوي والتي تخفض من النوم العميق مثل "البلايثالين" وهذه الأدوية تزيد من قدرة المثانة على الاحتفاظ بكميات كبيرة من البول. كما يمكن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب مثل"التوفرانيل والتريبتيزول" بكميات تتراوح 25- 85 ملغم يومياً وتكون هذه العقاقير مضادة للأعصاب الباراسمبثاوية، وتقوي الأعصاب السمبثاوية وتقلل من القلق والاكتئاب الذي يعاني منها الطفل، وتساعد على تشكيل الفعل المنعكس الشرطي وهو اليقظة عند امتلاء المثانة بالبول. وفي هذه الحالة لا بد من استمرار العلاج لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر للتأكد من سلامه الفعل المنعكس الشرطي الجديد وبعد التأكد من سلامه الطفل جسديا تعالج مشكلته على أنها حاله تبول لا

إرادي وظيفي، وذلك باستخدام العلاج النفسي. ومن أهم أساليب العلاج النفسي في حالات التبول اللاإرادي ما يلي:

أ- العلاج بالاستبصار:

يقوم هذا النوع من العلاج على أساس تبصير الطفل بمشكلته وأسبابها وتبصيره بصراعاته النفسية ليتمكن من حل الصراعات ومواجهة الإحباط والمخاوف بأساليب مباشرة.

كما يعمل المعالج على تنمية ثقة الطفل بنفسه وتحسين علاقاته بنفسه وبالآخرين، والى تنمية دوافعه لاكتساب السلوك المقبول في عمليات الإخراج، وغرس الثقة بإمكاناته وقدرته على التخلص من هذه المشكلة، وذلك لضمان استمرار إقباله على العلاج.

ولا يكتفي المعالج بتبصير الطفل بحالته، بل يعمل على توجيه عناية الوالدين والمحيطين بالطفل من إخوة ومدرسين، وتبصيرهم بالمشكلة، وأسبابها ومسؤولياتهم في العلاج حتى يشعر الطفل بالأمن والطمأنينة وبالتقبل. ويدرك مكانته وكفاءته مما يخفف عنه مشاعر القلق والذنب.

ب- العلاج السلوكي:

يعتبر هذا العلاج من الأساليب الحديثة في علاج التبول اللاإرادي وتقوم فكرة العلاج السلوكي على أساس أن الطفل قد اكتسب هذه المشكلة نتيجة عدم تدريبه الصحيح على عمليات الإخراج. ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية الطفل صاحب المشكلة. وتدريبه بطريقة صحيحة. وقد ثبت نجاح هذا الأسلوب في علاج الكثير من الأطفال. بجهد قليل ووقت قصير. ودون أن يكون له آثار جانبية سيئة. واهم طرق العلاج السلوكي في علاج حالات التبول اللاإرادي ما يلي:

1- **التعلم الإجرائي:** وهذه الطريقة ترتبط باسم"سكنر" في التعلم الإجرائي منذ عام "1950" والتي استخدمت في علاج حالات التبول اللاإرادي. كما سميت هذه الطريقة طريقة التعزيز الايجابي، وتقوم على أساس تدريب الطفل على عمليات ضبط المثانة

بتعزيز السلوك المقبول وعد تعزيز السلوك غير المرغوب فيه حتى يتعلم الاستجابة الصحيحة، وتختفي المشكلة. ومن أهم أساليب التعلم الإجرائي ما يلي:

أ- لوحة النجوم

ويكون بالطلب إلى الطفل الاحتفاظ بسجل الأيام المبللة والليالي الجافة... ويتم إبراز الليالي الجافة على اللوحة بواسطة نجوم ذهبية, وان يعطى الطفل مكافأة على الليالي الجافة كأن يقضي الوالد معه فتره إضافية من الوقت عند كل مرحلة من التحسن, ويقوم الوالدان بالثناء على الطفل. أما بالنسبة إلى الليالي المبللة فيتجاهل الأبوان ذلك.

وقد وجد أن لوحة النجوم فعالة مع صغار المتبولين لاإرادياً. وفيما يلي نموذجا لهذه اللوحة في:

الشكل رقم (6):

اسم الطفل:..		
أيام الأسبوع	الليالي النظيفة	ملاحظات
السبت	*	
الأحد	*	
الاثنين	-	
الثلاثاء	*	
الأربعاء		
الخميس	*	
الجمعة		

ب- الاحتفاظ بالبول

لقد دلت الدراسات على أن عددا من المتبولي لا إرادياً غير قادرين على الاحتفاظ بكمية طبيعية من البول في المثانة. لذا فان تدريب الطفل على احتمال كميات أكبر من البول في المثانة يمكن أن يؤدي إلى زيادة قدرة المثانة على الاستيعاب، ويكون ذلك أما بتعليم الطفل التحكم بمثانته نهارا بتحويل الأمر إلى لعبة شيقة، حيث يستمر الطفل في أطاله فتره تحكمه بالمثانة وتسجيل الكمية التي استطاع الاحتفاظ بها، أو

أن يطلب من الطفل التوقف عن إنزال البول في أثناء عملية التبول ومن ثم يطلقه في أثناء النهار عدة مرات مما يؤدي إلى تقوية عضلة المثانة ويساعد على الشفاء.

2- التعلم الشرطي:

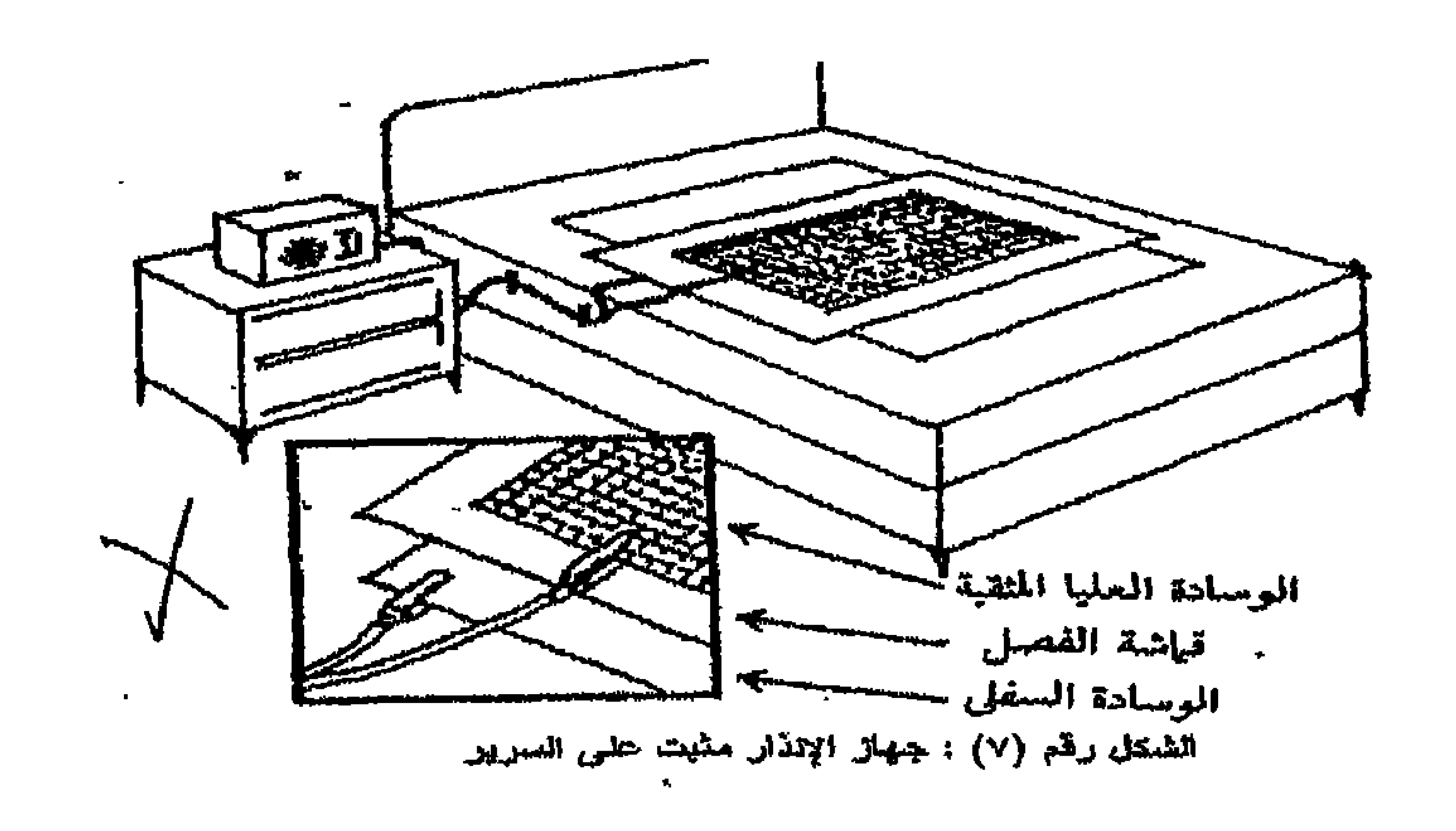
أ- طريقة الجرس والوسادة:

بدأ استخدام العلاج السلوكي بالتعلم الشرطي في الثلاثينات من القرن العشرين عندما قام مورر ومور بعلاج حالات التبول اللاإرادي بطريقة الجرس والوسادة. وهذه الطريقة من الطرق الناجحة في علاج هذه الحالات، فبعد استخدام هذه الأسلوب لمدة شهرين أو ثلاثة ينجح حوالي 70٪ من الحالات. أما الحالات الأخرى فان معاودة استخدام الجهاز مرة أخرى ينهي في العادة الانتكاس.

يتكون الجهاز من وسادة رقيقة خاصة للتدريب توضع فوق سرير الطفل وتحت الطفل مباشرة، بحيث عندما تبلل ليلا يغلق دارة كهربائية، مما يؤدي إلى رن الجرس وأضاءه مصباح مما من شأنه إيقاظ الطفل وأخذه إلى الحمام.

وعندما يتعلم الطفل ضبط المثانة بهذه الطريقة ترفع الوسادة والجرس. وبعد استخدام هذه الطريقة لمدة أربعين سنه تبين نجاحها في علاج 70٪ إلى 90٪ من حالات التبول اللاإرادي غير الناجم عن أسباب عضوية. وفيما يلي في الشكل رقم(7) نموذج لهذه الجهاز:

ينام الطفل على وسادة أو وسادات تتصل بجهاز إنذار يعطي صوتا مماثلا للطنين (طنان). وعندما يتبول الطفل على الوسادة, فان البول بذاته يغلق الدارة الكهربائية فيصدر جهاز الإنذار اصواتا. الشكل رقم(7)



الشكل رقم (٧) : جهاز الإنذار مثبت على السرير

ب- طريقه إيقاظ الطفل ليلا:

كما استخدم التعلم الشرطي عن طريق إيقاظ الطفل ليلاً وتكون الخطة الأولى بتحديد الوقت الذي يبلل فيه الطفل عادة فراشه كل ليله، ثم ضبط ساعة منبه بحيث ترن في غرفة الطفل قبل وقت التبول بقليل مما يؤدي إلى إيقاظ الطفل وذهابه إلى المرحاض، ومن ثم يعاود النوم حتى الصباح، وبعد مرور سبع ليال متتالية بدون تبول على الفراش بهذه الطريقة يتم ضبط المنبه لينطلق بعد مرور ساعة ونصف من ذهابه إلى النوم ثم بعد 60 دقيقه بعد النوم، ثم تخفض إلى 45 دقيقة، وأخيراً بعد 30 دقيقة. وبعدها على الطفل أن يتعود الذهاب إلى المرحاض بدون المنبه كل ليلتين مرة حتى يلغى استخدامه.

3- خفض القلق:

قد يظهر التبول اللاإرادي فجأة من جديد بعد أن يكون الطفل قد أمضى فترة من الوقت دون أن يتبول في فراشه. وهنا لا بد من البحث عن الحادث الذي آثار قلقه قبل استئناف هذه الحالة مثل: ولادة مولود جديد في الأسرة، أو الانتقال إلى منطقة جديدة، أو حدوث شجار عائلي, أو غياب احد الوالدين لفترة طويلة، وهنا لا بد من العمل على خفض القلق بتوجيه مزيد من العناية والرعاية والدعم والتفهم للطفل، وتوفير جو من الأمن والطمأنينة في حياة الطفل حتى تزول أسباب القلق.

ولا بأس من الجلوس مدة "10- 15" دقيقه والحديث مع الطفل حديثا يبعث على الاطمئنان والارتياح, مما يجعله ينام وهو في حاله استرخاء. ومن الممكن أيضا

قضاء وقت أطول معه في أثناء النهار في نشاطات ممتعه, ومن خلال هذا الوقت يمكن الكشف عن جوانب الصراع والتوتر اللذين يعاني منهما الطفل والعمل على حلها أيضاً.

4- فرض عقاب على الطفل:

يقوم بعض الآباء بالطلب من الطفل في سن المدرسة والذي لم يتخلص من التبول اللاإرادي ليلاً أن يقوم بتغيير الشر اشف المبللة، ووضعها في الغسالة دون توبيخ الطفل أو تأنيبه وإشعاره بالذنب.

5- استبعاد السوائل:

لا بد من استبعاد السوائل مثل: اللبن والماء والعصير وماء الشعير من طعام الطفل بعد الساعة الخامسة مساء، والذهاب إلى الحمام قبل النوم وبعد الاستيقاظ مباشرة.

الفصل الرابع

المشكلات الانفعالية

- مقدمة.
- مفهوم المشكلة الانفعالية.
- تعريف الانفعال.
- مظاهر الحالة الانفعالية.
- العلاقة بين الانفعالات والتغيرات الجسدية.
- أهم المظاهر السلوكية للانفعالات.
- أثر الانفعال على الجهاز العصبي.
- المشكلات الانفعالية لدى طفل الروضة.

*تدني اعتبار الذات.

*الاكتئاب.

*الخوف.

*الغيرة.

*قضم الأظافر ومص الأصابع.

*مشكلة اضطرابات النوم.

*مشكلة التلعثم بالكلام- التأتأة.

*مشكلة القلق.

*مشكلة الخجل.

*مشكلة العدوان.

*مشكلة الغضب والعناد.

الفصل الرابع

المشكلات الانفعالية

مقدمة

يتعرض كثيرا من الأطفال عبر مراحل نموهم لبعض المشكلات السلوكية والانفعالية. وقد تخيل الكثير من الآباء بأن طفلهم متفرد ومتميز ويتصف ببعض الصفات دون غيره من الأطفال الآخرين. وقد يعتري هؤلاء الآباء كثيرا من مشاعر القلق والخوف من أن ينحرف أو يتغير سلوك الطفل فيميل إلى الجنوح أو إلى اضطراب شخصية وقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت حول المشكلات التي يتعرض لها الأطفال أن كلا من البنين والبنات يعانون في المتوسط من 6.5 مشاكل في أي وقت خلال مرحلة رياض الأطفال والمدرسة الابتدائية.وتنخفض درجة انتشار هذه المشكلات مع تقدم الطفل في العمر بالنسبة للأطفال في سن المدرسة. ولذا نجد الأطفال الأصغر عمرا الذين تتراوح أعمارهم مابين6 ـ 8 سنوات يفوق الأطفال الأكبرعمرا الذين تتراوح أعمارهم مابين 9 ـ12 عام في عدد من المشكلات. كما أن ظهور المشكلات الإنفعالية في البيئة أكثر شيوعا عنه في البنات.

وفي هذا الفصل سنتناول المشكلات الانفعالية التي تحدث في مرحلة الطفولة التي يتعرض لها الطفل في رياض الأطفال ومن المشكلات:

مشكلة الخوف، مشكلة الخجل، مشكاة القلق، مشكلة الاكتئاب وإيذاء الذات، مشكلة الغضب والغيرة،مشكلة الحساسية الزائدة للنقد وغيرها من المشاكل.

في بداية هذا الفصل سنتناول مفهوم المشكلة الانفعالية. ومفهوم وتعريف الانفعال كما سنتناول مظاهر الحالة الانفعالية والعلاقة بين الانفعالات والتغيرات الجسدية وأهم المظاهر السلوكية للانفعالات. وأثر الانفعال على الجهاز العصبي.

مفهوم المشكلة الانفعالية:

تظهر المشكلات الانفعالية نتيجة لوجود بعض الظروف التي تؤثر على وضع الطفل من ناحية اجتماعية ونفسية. كما أن لهذه المشكلات علاقة بعملية التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يتلقاها الطفل. والى أسباب أخرى تعزى إلى طبيعة البيئة الاجتماعية الأسرية التي ينتمي إليها الطفل.ولهذا عندما نقوم بتشخيص وتحليل وتفسير أية مشكلة لدى الطفل لابد من تحديد المشكلة التي يعاني منها.

وتعرف المشكلة بأنها مجموعة من العوامل والظروف التي تحد من إمكانيات الطفل من القيام بعمل ما. أو تحد من قدراته الجسدية والنفسية والاجتماعية والعقلية ويمكن الحكم عليها إذااتصف السلوك بالتكرارية والاستمرارية وتشير الدراسات في مجال تعديل السلوك. بأنه يمكن إتباع المنهج السلوكي ممثلا بإجراءات معينة كالعقاب والثواب والتعزيز وإزالة بعض المثيرات ذات علاقة بظهور هذا السلوك، كما يمكن أتباع منهج ثاني متمثل ذلك بأتباع إجراءات أخرى كاستخدام نظرية التحليل النفسي التي تدرس خلفية الطفل الاجتماعية والنفسية باعتباره محور المشكلة التي تقوم عليها الدراسة.

تعريف الانفعال:

يمكن تعريف الانفعال بأنه حالة توتر يتعرض لها الطفل، بحيث يستجيب لمواقف معينة في البيئة التي ينتمي إليها تبعا لخبراته الشخصية السابقة، بمعنى أن أي مثير له علاقة بخبراته يحدد نوع استجابتة، فمثلا إذا كانت الخبرة السابقة للطفل هي الخوف من الأرنب فانه حتما إذا تعرض لنفس المواقف فانه يخضع لنفس الانفعال، أما شدة الخوف فيحددها الألم الذي يستجره المثير للطفل.

فالخوف هو حالة انفعالية أو الاستجابة الانفعالية التي تعرض لها الطفل لموقف معين من البيئة والاستجابة ناتجة عن مجموع خبراته الشخصية السابقة وتوصف الاستجابة الانفعالية (وهي الخوف) نتيجة لخبرة سابقة استجابة كلية عامة ولكن الطفل يستجيب لموقف بجميع جوانب حياته سواء أكان من الناحية الجسمية والفسيولوجية والعقلية والروحية والاجتماعية و الانفعالية.

هذا وتشمل حالات الانفعال التي يتعرض لها الأطفال أثناء حياتهم حالات الغضب والفرح والسرور والحزن والاكتئاب، ويرى العلماء أن الانفعالات التي يتعرض لها الأطفال بشكل عام تؤثر في سلوك الطفل مباشره. خاصة في أنواع السلوك التي تتصل بميول الطفل ورعايته وعاداته وصحته العقلية وقدرته على التكيف.

*** مما تقدم يلاحظ في مفهوم الانفعال النقاط التالية:**

1- أن الانفعال هو حالة توتر يتعرض لها الطفل أو الفرد.

2- يرافق الانفعال تغيرات فسيولوجية داخلية وخارجية.

3- يحدث الانفعال نتيجة تعرض الطفل لموقف معين. والاستجابة لهذا الموقف بخبرات شخصية سابقة.

4 - إن الاستجابة الانفعالية هي استجابة كلية عامة.

5- يؤثر الانفعال مباشرة على سلوك الطفل إما ايجابيا أم سلبيا.

مظاهر الحالة الانفعالية:

من خلال الدراسات والأبحاث حصر العلماء أمثال ((لندريLanthre)) على مظاهر الانفعالات لدى الأطفال في مظهرين رئيسين هما:

- **المظهر الفسيولوجي.**
- **المظهر السلوكي.**

ولهذا يمكن القول بأن الطفل يواجه مثيرات متعددة ومتنوعة كالحب والكره والسرور والخوف. وأن شدة الانفعال تحدد في طول شدة المثير وأنه يرافق هذه الانفعالات تغيرات جسمية داخلية وخارجية. تحدد في ضوئه مدة الانفعال، حيث أن التغيرات الجسمية الداخلية والخارجية أهمية في تحديد الحالة الانفعالية لدى الطفل، لذا يمكن القول بأن هناك علاقة بين الانفعالات والناحية الجسدية التي تحددها التغيرات المرافقة للانفعالات وإذا عرفنا أن هذه التغيرات لا تتأثر مباشره بالانفعالات وإنما في مدى توتر الجهاز العصبي الذي يؤثر في الأنفعالات.

العلاقة بين الانفعالات والتغيرات الجسدية:

هذه العلاقة ن غير مباشره لأنها تظهر من خلال عمل الجهاز العصبي في الناحية الجسدية والانفعال الذي يؤثر في عمل الجهاز العصبي. ومن مظاهر تأثير الأنفعالات في عمل الجهاز العصبي مايلي:

- الزيادة في عدد دقات القلب، السرعة في التنفس، اشتداد العضلات، الزيادة في كمية التبول، التغير في إفرازات الغدد، والتغير في درجات حرارة الجسم.
- الزيادة في إفراز الغدد فوق الكلوية، والغدد الكظرية، مما يزيد من إفراز الأدرينالين مما يؤدي إلى زيادة نسبة السكر في الدم.
- رفع درجة استعداد الطفل وتهيئتة إلى أعمال جسمية قوية ومن المعروف أن الزيادة في إفراز الأدرنالين تمنع سير العصارة الهضمية ويعطل عملية الهضم كما أن الزيادة في الأستعداد تجعل الطفل متوتر الأعصاب، وهذا يعني أن الطفل في حالة الانفعالات الحادة تتعطل لديه عملية الهضم ويقع تحت تأثير الإرهاق وتوتر الأعصاب، ولذلك يمكن القول بأن الأنفعالات الحادة تؤدي إلى الانفعالات المتلازمة، كما أن زيادة كمية التغير في الجسم يكون له أثر على العلاقة بين الناحية الأنفعالية والجسدية.

من خلال ما سبق نجد أن الانفعال يرتبط بالجهاز العصبي، ويشكل بعض الاتجاهات اللفظية والحركية اتجاه موقف ما. فأي انفعال لابد أن يكون له مسبب فهذا ما يطلق عليه في النظرية السلوكية، مثيرات الأنفعال ولهذا نجد بأن له مظاهر خارجية وأخرى داخلية ممثلا ذلك بالمظاهر الفسيولوجية للأنفعال يمكن ملاحظتها وهذا ما جاء في دراسة لنذري حيث كشفت هذه الدراسة عن المظاهر التالية:

1- التغير في ضغط الدم وعدد ضربات القلب، واحمرار الوجه عند الغضب وشحوب الوجه عند الخوف.
2- التغير في درجة التوصيل الكهربائي لجلد الطفل ومن ثم تحديد هذا التغير عن طريق مقياس استجابة الجلد الكلفونية.
3- التغير في سرعة التنفس، ومن مظاهره السرعة في عمليتي الشهيق والزفير عند الغضب والخوف.

4- التغير في درجة الجسم ومن مظاهره احمرار الوجه أحيانا عند الغضب وبرودة اليدين و رطوبتها عند الخوف، والتغير في حجم بؤبؤ العين، ومن مظاهره ضيق الحدقتين عند الغاضب واتساعهما عند الخائف.

5- التغير في إفرازات الغدد اللعابية ومن مظاهرها جفاف الفم والشفتين عند الخوف والغضب.

6- التغير في نبرة الصوت ومن مظاهره التلعثم عند الخوف، والحشرجة الصوتية عند الغاضب وهناك تغيرات أخرى منها اشتداد عضلات الجسم والارتعاش ووقوف شعر الرأس وازدياد في كمية البول.

أهم المظاهر السلوكية للانفعالات:

أ- التغيرات في تعبيرات الوجه عند الغاضب اوعند الخائف.

ب- التغير في الكلام والتعبيرات اللفظية كالسرعة والنطق وعدم التردد في الحديث.

ج - التغيرات في النشاط العقلي، ومن مظاهره عدم التركيز أثناء عملية التفكير لدى الخائف.

ما هو أثر الانفعال على الجهاز العصبي:

للإجابة على هذا السؤال، تعد أشهر من كتب في تأثير الانفعال الباحثة ((مكارثي)) التي أكدت بأن هناك علاقة وطيدة ما بين الجهاز العصبي ونوعية الانفعال، ولهذا لابد أن نؤكد بأن الانفعال ليس نفسيا فقط، إنما هو يمتد إلى الأمور الفسيولوجية، وبالتالي قد نرى بعض الانفعالات تؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم، أو زيادة إفرازات بعض الغدد مما يؤثر ذلك سلبا على عمل وظائف الأعضاء بصورة سلبية،ولذلك لابد لنا أن نأخذ عدة موضوعات تؤثر ففي مستوى الانفعال لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة، ممثلا ذلك بأثر الانفصال على السلوك الانفعالي لدى الطفل، حيث يعد الانفصال بمثابة المتغير المستقل، بينما السلوك الانفعالي يعد متغيراً تابعاً، وقد يظهر عند تحليل هذه الناحية، بعض المتغيرات التي تكون وسيطة حيث يعرف المتغير الوسيط بأنه مجموعة العوامل التي لم يأخذها الباحث بالحسبان وتؤثر على نتائج البحث أو الدراسة، بعد تحديد الأسباب والمسببات،وتبيان الأسباب الظاهرة الكامنة التي أدت إلى

ظهور المشكلات الانفعالية يمكن أن نتصور طرق العلاج لهذه المشكلة ممثلا ذلك بالوجه التشخيصي الذي يشمل تحديد المسببات لهذه الظاهرة ومدى تكرار علاقتها بالظواهر الأخرى، والوجه العلاجي الذي يشمل وضع الطرق والخطوط وفقا لبرنامج أو خطه معينة أو استخدام نظرية من النظريات، ولتوضيح ذلك يمكن طرح المثال التالي: الأمراض البدنية التي تصيب الإنسان بحاجة الى الأدوية والعقاقير، ولكل مرض دواء مناسب، وذلك لا يمكن اتباع نظرية واحدة لحل مشكلة انفعالية ما.

ولهذا فان لكل سلوك انفعالي نظرية خاصة به، كما أن تحديد المشكلة يكمن في تعريفها ومدى تكرارها من قبل الطفل، كما يعد التشخيص أمرا ضروريا ويكمن من خلاله تحديد الأسباب والمسببات التي أدت إلى ظهور المشكلة، وتعريفها و تحديد متغيراتها، ويمكن أيضا استشارة الباحثين الاجتماعيين، والطبيب الأخصائي بها، وعلى ضوء ذلك يتم اختيار طريقة علاج مناسبة، والاستمرارية بها له أهمية في نجاح حل المشكلة، وهذا يتم عن طريق استخدام بعض التقنيات العلاجية.

المشكلات الإنفعالية التي تظهر لدى طفل الروضة:

أولاً: تدني اعتبار الذات:

.من العوامل الهامة للغاية في تحديد سلوك الأطفال هو كيف ينظروا إلى أنفسهم فإذا لم ينظر الطفل إلى نفسه نظرة قائمة على الاحترام والتقدير والثقة فان هذا يؤثر سلبا على دوافعه ومواقفه وسلوكه فيرى كل شيء من منظار التشاؤم، إن النظرة الايجابية إلى الذات تولد في النفس الثقة وتبعد عنها الشعور بالنقص والعجز والإحباط.

أسباب تدني اعتبار الذات:

التنشئة الخاطئة:

ونعني بالتنشئة الاجتماعية الخاطئة ما يلي:

1- **الحماية الزائدة:** إن الحماية الزائدة للأطفال وتلبية كل حاجاتهم يجعلهم ضعيفي الشخصية معتمدين على الآخرين فاقدي الثقة بأنفسهم قلقين شاعرين العجزوالضعف أمام الملمات والمشكلات.

2- **الإهمال:** إن إهمال الآباء لأبنائهم وعدم الاهتمام بهم والتقصير نحوهم يجعلهم يعتقدون بأنهم لا يستحقون العناية والرعاية وغير مؤهلين للحب مما يؤثر سلبا على مشاعرهم وانفعالاتهم ونظرتهم إلى أنفسهم.

3- **توقع الكمال:** إن الآباء كثيرا ما يتوقعون الكمال من أبنائهم ويستبعدون مجرد احتمال وقوع أبنائهم في الأخطاء فتجد أنهم يضعون شروطا ومعايير يصعب على الصغار الوصول إليها أو تحقيقها لذلك يبدأ الأطفال بالشعور بأنه من المستحيل إرضاء والديهم مما يقودهم إلى الفشل واليأس واحتقار أنفسهم.

4- **التسلط:** يحاول بعض الآباء تربية أبنائهم من خلال القسوة والشدة والعقوبة والغلظة وينبذون التفاهم مما يجعل الأطفال يشعرون بان لا قيمة لهم أبدا.

5- النقد: إن تقبل الوالدين لأبنائهم وتفهمهم مطالبهم ومحبتهم ومدحهم لهم يؤدي إلى زيادة اعتبار الذات عندهم والسعي الحثيث لتحقيق الانجازات أما الرفض والنقد فيولدان شعوراً بالإحباط ويقللان الدافع للسعي للنجاح وزيادة التحصيل وحل المعضلات التي قد تواجههم.

التقليد: إن الآباء والأمهات الذين ينظرون إلى أنفسهم نظرة ينقصها التقدير والاعتبار يكونون نماذج سيئة يقتدى بها الأبناء فيصبح الصغار بدورهم ضعيفي الثقة بالنفس قليلي الاحترام لذاتهم فنظرة الابن إلى نفسه تتأثر كثيرا بنظرة الوالدين إلى نفسيهما سواء أكانت تلك النظرة ايجابية أم سلبية.

الاختلاف أو الإعاقة: إن شعور الطفل بأنه مختلف عن غيره ومتميز عن سواه يؤثر في تقديره لنفسه ويجعله دائم الغضب والشكوى والضيق ويتولد لديه شعور بالنقص والعيب الذي سرعان ما يتزايد سماعه للتعليقات المليئة بالسخرية والضحك والاستهزاء من قبل الآخرين وهذا ينطبق على بعض المعاقين الذين قد يشعرون بوجود نقص فيهم مما يقلل من اعتبارهم لأنفسهم.

الاعتقادات الخاطئة:

إن من أهم مصادر الأفكار غير العقلانية هو البيت مقارنه بالمجتمع المدرسة إن المعتقدات والأفكار الخاطئة تؤدي إلى سلوكيات سيئة وتعمل على هزيمة الذات

فمثلا، إن شعور الطفل بالنقص تجاه زملائه اعتقاد سلبي وغير عقلاني قد يكون عاملاً هاماً يحدد سلوكه طول حياته.

الوقاية من تدني اعتبار الذات:

1- العقلانية وفهم الذات

يجب أن تقوم تربية الطفل وتنشئته في جو عقلاني يتعلمون في ظله التفكير العلمي السلمي منذ البداية ويبتعدون عن الأفكار الخاطئة والآراء المغلوطة والاعتقادات غير العقلانية، إن علينا أن نبين الأهمية القصوى للثقة بالنفس واعتبار الذات، إن علينا أيضا أن نوضح للأطفال أن وجود المشاكل في هذه الحياة أمر طبيعي وان المهم هو فهمها والتغلب عليها وحلها وأن النجاح لا يعني الكمال وإنما يعني بذل الجهد فان الكمال لله سبحانه وحده وان البشر يصيبون ويخطئون وان لكل إنسان نقاط قوة ونقاط ضعف.

2- رفع الكفاءة والاعتماد على الذات:

إن رفع الكفاءة للأطفال وتعويدهم الاعتماد على النفس يولد لديهم الشعور بالأمان ويساعد على تنميتهم وتعلمهم، إن علينا أن نعودهم وندربهم على تولي حل المشكلات وتجاوز الصعاب وتحليل المواقف الصعبة وإعطائهم فرصة للاختيار لا أن نفرض عليهم آراءنا وأفكارنا وحلولنا إن احترام اختيار الأبناء والاكتفاء بتوجيههم وإرشادهم ونصحهم ودعمهم وتشجيعهم وتحاشي نقدهم وتوبيخهم يرفع من معنوياتهم ويقوي عزائمهم ويشحذ هممهم ويجعلهم أهلا للثقة وتحمل المسؤولية.

3- التعبير عن الحب:

على الآباء أن يعبروا دائماً عن حبهم لأبنائهم ودعمهم لهم وثقتهم بهم وان يوضحوا مشاعرهم وعواطفهم الايجابية تجاههم لكي يزيد تفاؤلهم ويقوي احترامهم أنفسهم وعلى الطفل أن يشعر إن جميع أفراد عائلته في قارب واحد يعملون معاً لتحقيق أهدافهم المشتركة.

4_الحنان والتقبل:

عندما يشعر الأطفال بأنهم مقبولون يزداد اعتبارهم لأنفسهم وتدعم تقديرهم لذواتهم ويشعرون بثقة كبيرة في أنفسهم فإذا حصل طفل على نتيجة متدنية في المدرسة علينا أن لا نحطمه أو نلومه ونوصله إلى حافة اليأس والإحباط، بل يجب أن ندعمه ونحيطه بالرعاية والعناية ونقف إلى جانبه حتى يجتاز هذه المشكلة ونشجعه حتى يحول الفشل إلى نجاح.

5_الحب:

إن إظهار الحب للأطفال مسألة ضرورية فبعض الآباء والأمهات يجدون صعوبة بالغة في التعبير عن حبهم لأبنائهم واستعدادهم للتضحية في سبيلهم إن التعبير عن الحب والتفاؤل يقوي الشعور باحترام الذات عند الأطفال لأنهم يشعرون عند ذلك أن لهم قيمة وان هناك من يهتم بهم، إن تماسك العائلة في ظل الحب والتفاهم بين أفرادها أمر هام أيضا.

علاج مشكلة تدني اعتبار الذات:

التركيز على الجوانب الايجابية:

إن زرع تقدير واحترام الذات عند الأطفال يقتضي تركيزنا على ايجابياتهم ونقاط قوتهم ومحاسنهم وصفاتهم الحميدة ومنجزاتهم والاعتراف بفضلهم وجهودهم ومهاراتهم ومدحهم وتقديرهم واحترامهم والاهتمام بهم والابتعاد عن التشهير بهم وذكر نقاط ضعفهم وانتقادهم وعدم التركيز على سلبياتهم وعدم الاستهزاء بهم أو السخرية منهم.

الحديث الايجابي عن الذات:

على الكبار تعويد الصغار على أن يحدثوا أنفسهم أحاديث ايجابيه كأن يقولوا بأنهم قادرون على تحقيق النجاح وان يبتعدوا عن التعبير عن العجز كذلك على الوالدين حث أبنائهم على بذل قصارى الجهد دون النظر إلى النتائج، إن على الأطفال أن يقنعوا أنفسهم بأنهم مؤهلون وشجعان وقادرون على قهر الصعاب وحل المشكلات وان ثقتهم في انسهم كبيره.

الخبرات والتجارب البناءة:

إن علينا تزويد الأطفال الذين عندهم ضعف في تقديرهم لأنفسهم بخبرات وتجارب ايجابيه مثل إشراكهم في الكشافة ونوادي الهواة والرياضة لدعم معنوياتهم و على الأطفال الشعور بالكفاءة والقدرة عند أداء تلك الأنشطة و الخبرات البناءة يجب أن تكون واقعية أي أن أهدافها قابلة للتحقيق، ولا يخفي أن التركيز على التعاون والمشاركة الفعالة في الأنشطة والتمثيل يساهم في رفع معنويات الأطفال وثقتهم في أنفسهم.

المكافآت:

إن علينا البحث عن الطرق والوسائل والأشياء التي تسر الطفل أو التي يحبها لكي تكون محاولة تغيير نظرته السلبية إلى نفسه أكثر كفاءة فمساعدة الأطفال تحقيق أهدافهم والقيام بواجباتهم والحصول على المعرفة والسيطرة على الذات مكافآت تقود إلى الرضا وترفع المعنويات.

إن كثيراً من مشكلات الطفولة الباكرة ينجم عن الشعور بانخفاض اعتبار الذات،فالشعور الذي يحمله الأطفال نحو أنفسهم هو أحد محددات السلوك لبالغة الأهمية، وشعور الطفل بأنه شخص بلا قيمة يفتقر إلى احترام الذات يؤثر على دوافعه واتجاهاته وسلوكه فهو ينظر إلى كل شي بمنظار تشاؤمي. وهذا يؤدي إلى قلق الوالدين. فالأطفال ينبغي أن يحملوا شعورا جيدا نحو أنفسهم. إن الأطفال الذين يفتقرون إلى الثقة بالنفس يشعرون بالخوف ويصفون أنفسهم بصفات مثل(سيء) و(عاجز) ويتوجهون بسلوك انتقامي نحو أنفسهم والآخرين

ثانياً: مشكلة الاكتئاب:

الاكتئاب هو شعور بالحزن والغم مصحوب غالباً بانخفاض في الفاعلية، وربما يقترن بإيذاء الذات عندما يعمد الطفل إلى الاضرار بأنفسهم والانتحار. وقد لاحظ حديثا وجود عدد متزايد من الأطفال المكتئبين ممن هم دون الثانية عشر وتشير التقديرات الحالية إلى أن طفلا من كل خمسة أطفال يعاني مشكلات الاكتئاب

وكذلك فان 58٪ من آباء هم مكتئبون. ان استجابات الحزن والعجز هي استجابات شائعة عند الأطفال.

الأسباب:

1- الشعور بالذنب.
2- الغضب المتجه إلى الداخل.
3- الشعور بالعجز.
4- عدم الحصول على الحب التعاطف.
5- التعزيز للسلوك غير السوي.
6- ضرب الرأس عند الانزعاج.
7- الاستجابة للتوتر.
8- الوضع الأسري.
9- العوامل الفيزيولوجية.

الوقاية:

1- الاتصال المفتوح والتعبير عن الانفعالات وزيادة شعورا لطفل بالدفء والتقبل من خلال الاحترام والإصغاء له والاهتمام به وتوجيهه وتدعيمه.
2- مساعدة الطفل لكي يشعر بالكفاءة والفاعلية والاستقلالية.
3- العمل على تطوير مصادر متعددة لا عتبار الذات وتشجيع الطفل ليشعر بانه قريب من كبار الاخرين ومن اقرانهم بدل ان يتعلق باحد الوالدين بشدة.
4- تطوير مهارات وميول الطفل على نحو واسع فهذا يزيد من كفاءة الطفل ومن ثم ابتعاده عن الاكتئاب.
5- على الوالدين ان يكونا نموذجا للتفاول فالاكتئاب عادة يكون متعلم فوجودمكتئب في البيت يغطي على الطفل الاكتئاب.

العلاج:

1- على الوالدين والمعلمين والمرشدين مناقشة الحزن بشكل مفتوح والإصغاء لهم بتعاطف وإخبارهم بأن مشاعر الغضب والاكتئاب هي مؤقتة وأن الأمور ستسير على ما يرام.
2- ضمان إدراك الطفل لتحقيق أهدافه وبأنه يستطيع وضع الأهداف وتحقيقها.وهذا يؤدي إلى الكفاءة الداخلية والخارجية ويعمل بشكل مباشر كمضاد للشعور باليأس.
3- الحديث الايجابي مع الذات كأن يقول لنفسه(قريبا سوف أشعر بالسعادة من جديد).
4- تحميل الطفل المسؤولية بأن يقوم بعمل بناء فالذين يضربون رؤوسهم يمكن أنه عندما يلزموا بعمل شيء ما لمدة عشر دقائق لكل ضربة رأس.
5- استخدام التجاهل والمكافأة وذلك عن طريق تجاهل بعض حالات الاكتئاب وتعزيز ومكافأة شعور الطفل بالسعادة.
6- التقرب من الطفل وتعويضه عن والدته إذا كانت ميتة أو مطلقة وذلك بمضاعفة اعطائه الحب والعطف والحنان وإشعاره بأنه مفيد لمن حوله.

ثالثاً: الخوف

تعتبر مرحلة الطفولة من أكثر المراحل التي يظهر فيها الخوف، حيث يعتقد الكثير من علماء النفس أن الخوف وما يتصل به من حالات القلق والاضطراب النفسي يشكل جزءاً من الدوافع البشرية والتي تؤثر في علاقة الطفل بالآخرين.

فالخوف انفعال يتضمن حالة من حالات التوتر التي تدفع الشخص الخائف إلى الهرب من الموقف الذي أدى إلى استثاره خوفه حتى يزول التوتر. فالخوف يتضمن حالة من التوجس تدور حول خطر معين له وجود واقعي.

وتتميز مخاوف الأطفال بعدم الثبات ، وبالتغير مع التقدم في العمر، وقد تزول عند الطفل بعض المخاوف لتحل محلها مخاوف أخرى.

وتشير دراسة هورلوك إلى أن المخاوف تعتبر مكتسبة رغم تمايزها واختلافها من مرحلة لأخرى في الطفولة بعكس الاتجاه الذي ساد قديماً عند واطسن وتلاميذه والذي يرى أن الخوف عند الأطفال الحديثي الولادة فطري.

كما أظهرت الدراسات أيضا أن شدة مخاوف الأطفال ترتبط بنوعية العلاقات المتبادلة بين الطفل وأسرته من جهة، وبالمواقف التي يشعر فيها بالتهديد وعدم الأمن والفشل من جهة أخرى ويؤكد روتر أن هناك علاقة بين مخاوف الأطفال وعمرهم الزمني ، فالمخاوف التي يكتسبها الطفل في طفولته تظل كامنة لعده سنوات ثم لا تلبث أن تكشف عن محتوياتها خلال مرحلة الطفولة المتأخرة وقبل البلوغ.

كما أظهرت دراسة عبدالفتاح (1992) على عينه من الأطفال المصريين المتواجدين في دولة الإمارات العربية المتحدة أن هناك فروقاً ذات دلاله إحصائية عند مستوى 0.001 بين الذكور والإناث في الخوف، حيث وجد أن الخوف عند الإناث أعلى منه عند الذكور. وهذه الدراسة توافقت مع ما توصل إليه خيري(1991) في وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين مخاوف الأطفال الذكور والإناث، فقد وجد أن الإناث أكثر خوفاً من الذكور بدرجة دالة إحصائياً وذلك في دراسة قام بها على الأطفال اليمنيين.

وبالإضافة إلى تأثر مخاوف الأطفال بالجنس، فان الوضع الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، وترتيب الطفل الميلادي، وذكاءه عوامل هامة تؤثر أيضاً في مخاوف الأطفال وسوف نتحدث فيما يلي عن ثلاثة أنواع من المخاوف التي تظهر عند الأطفال وهي:

أ- الخوف الطبيعي:

وهو شعور الطفل أو إحساسه بالخوف، ويكون طبيعياً ويظهر كرد فعل لمؤثر "مثير" خارجي يتخذ الطفل إزاءه أسلوبا وقائياً أو دفاعياً. فمخاوف الأطفال هي مخاوف محسوسة والمقصود هنا المخاوف الحقيقية، وأسبابها حقيقية وواقعية يعبر عنها الطفل بسهولة ووضوح. فهي حالة انفعالية تثيرها المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب على الطفل مواجهتها. ومن أمثلة مخاوف الأطفال الحقيقية والطبيعية: الخوف

من الظلام والأصوات المرتفعة والمرض والوحوش والحيوانات، والمرتفعات، والغرباء، والمواقف غير المألوفة، والرعد والأشباح..... والمخاوف عند الأطفال تظهر بشكل اكبر فيما بين سنتين وست سنوات من الحيوانات والعواصف والظلام والغرباء.

وأن حوالي 50٪ من الأطفال تظهر لديهم مخاوف مشتركة من الكلاب والظلام والرعد والأشباح.كما بينت الدراسات أن مخاوف الأطفال تبلغ ذروتها في عمر سنتين وأربع سنوات وتقل هذه المخاوف في عمر خمس سنوات ثم تختفي في عمر تسع سنوات. وبناء على هذا فان حوالي 90٪ من الأطفال دون سن السادسة من العمر يظهر لديهم خوف محدد يزول بشكل طبيعي. فالخوف الطبيعي عند الأطفال يساعد في الحفاظ على البقاء حيث يعتبر مصدر تنبيه إلى مصدر الخطر ويعد الجسم لحماية النفس والدفاع ضد الخطر. فهو ظاهرة طبيعية تؤدي وظيفة بيولوجية في حياة الإنسان. فالأحلام في اغلب الأحيان تعكس مخاوف عند الطفل وإذا استمعنا إلى أحلام الأطفال مبكراً يمكن الكشف عما يعانيه الطفل وما يخيفه ونعمل كراشدين على تخليص الطفل من هذه المخاوف. فالخوف عند الطفل يكون طبيعياً أذا كان من أشياء ضارة تدفعه إلى الحذر والحيطة من هذه الأشياء تجنباً لضررها.

ب- المخاوف المرضية:

ولكن هناك بعض المخاوف عند الأطفال لا يكون وراءها سبب حقيقي معروف وتكون شديدة وتستمر لفترة طويلة من أشياء أو مواقف أو أشخاص.... وهذه المخاوف ليس لها ما يبررها في الواقع وتسبب لصاحبها القلق والشعور بالعجز وظهور بعض الإعراض النفس جسمية مثل: القيء، والإسهال، والاضطرابات في التنفس، وسرعة ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، والتبول اللاإرادي، وتقلصات في الأحشاء الداخلية، وغير ذلك من الأساليب التوافقية غير السوية.... ومن هذه المخاوف: الخوف من الظلام والأماكن المغلقة أو المرتفعة، ومن الحيوانات والحشرات. ولهذا لا بد أن تعطى مثل هذه المخاوف المرضية اهتماماً شديداً من قبل الوالدين والعمل على معالجتها حتى لا تتطور وتسبب اضطراباً نفسياً شديداً عند الطفل وتستمر معه إلى سن الرشد.

ويرى سوين(1979) أن المخاوف المرضية شائعة بين الأطفال، وتعد من بين أكثر الإعراض العصابية شيوعاً. كما يرى زهران(1974) أن المخاوف المرضية تمثل حوالي 20٪ من مرضى العصاب. في حين بينت إحدى الدراسات أن الخوف من الكائنات الخرافية(الأشباح) وغير ذلك من كائنات خرافية، يكون موجوداً لدى 20٪ من الأطفال من سن خمس سنوات إلى 11سنه. والجدير ذكره أن الفرق بين الخوف والخوف المرضي، هو فرق في درجة الخوف.... فالخوف المرضي يظهر على شكل خوف مبالغ فيه في مواقف كثيرة من أشياء لا تسبب الخوف لمعظم الأفراد في مثل سن الفرد الخائف، أو يظهر خوفاً مبالغاً فيه من أشياء لا يخاف منها غيره. والمخاوف المرضية تكون عادة مرتبطة بمكان معين أو إنسان أو أشياء وتستمر لعدة سنوات عند الشخص أما المخاوف العادية فهي انفعالات تثيرها المواقف الخطرة أو المنذرة بالخطر والتي يصعب على الفرد مواجهتها. فهي حالات يحسها الإنسان في حياته العادية حين يخاف مما يخيف فعلاً.

كما تختلف المخاوف المرضية عن القلق بالرغم من أنها شكل من أشكال القلق العصابي. فالقلق خبره انفعالية مؤلمة وغير محددة المصدر كما يصعب تجنبها، وعندما يحاول فهو يحاول تجنبها فهو يزيح هذا القلق أو يسقطه على موضوع آخر خارجي (الطيب، 1977) .

ج- **المخاوف المدرسية:** يأتي الطلاب إلى المدرسة وهم بحاجة إلى المحبة، والانتماء، والاعتماد على النفس أو الحياة الاجتماعية. ولكن هل تستطيع المدرسة أن تقوم بهذه المهمة؟ يرى الطبيب النفسي الألماني لمب أن الأطفال لا يصبحون مرضى بسبب المدرسة ولكنهم يعانون منها دون شك، فقد كان في السابق يأتي لعيادتي طفل من كل (12) طفلاً واليوم طفل من كل ثلاثة أطفال. ويرى آخر (بروفسور في الصحة النفسية) أن من بين كل ألف طفل يراجعونه يكون نصفهم معانياً من مشاكل مدرسية مثل الرسوب، الصداع، الأم في البطن، وقضم الأظافر، والحركة الزائدة، وتشوش الإدراك، والاضطرابات السمعية والبصرية، والاضطرابات اللغوية وغيرها والتي تزول في أثناء الإجازات المدرسية فقد ذكرت التقارير أن حوالي نصف مليون طالب يرسب

سنوياً في ألمانيا الغربية، وبعض حالات الرسوب قد تنتهي بالانتحار، أو النكوص إلى عادات سلوكية طفلية في سن يكون قد تخلص من هذه العادات. بالإضافة إلى ذلك فان حالة الذعر تسيطر على الكثير من التلاميذ في أثناء فترة الاختبارات المدرسية مما يترتب على المعالجين والمرشدين النفسيين مهمة كبيرة خلال هذه الفترة (عبد الرزاق،1987) ويرى شبيلبرجر إن الإفراد الذي يعانون درجة عالية من قلق الاختبار يدركون المواقف على أنها مهددة للشخصية. وهم في مواقف الامتحان غالباً ما يكونون متوترين. وخائفين. وفي حالة إثارة انفعالية مما يشتت انتباههم في أثناء الامتحان.

كما أشار الطبيب شبيلبرجر (1980) أيضاً إلى أن الإناث أعلى من الذكور في مستوى قلق الاختبار.

كما أشارت دراسة آيزنك وراخمان إلى أن حوالي 20٪ من طلاب المدارس يعانون من قلق الامتحان بدرجات متفاوتة.

كما دلت الدراسة التي قام بها بنيامين وآخرين أن الطلاب الذي يعانون بشكل كبير من قلق الامتحان ينخفض مستوى أدائهم في الواجبات المنزلية، ويصادفون مشكلات في تعلم المواد الدراسية، وفي تحديد العناصر الهامة في تمارين القراءة.وهذه النتائج تكون نتيجة لشعور الطالب بعدم الأمن . والخوف غير العادي مما يؤدي إلى ضعف في تركيزه، وقلقة في أثناء النوم، وتشويش في أثناء الدراسة مما يضعف الاستعداد للامتحان. بالإضافة إلى ذلك فان سلوك المدرس ينعكس على تلاميذ المدرسة. فالتلميذ غير المتوافق مع التلاميذ الآخرين في المدرسة يظهر مستوى تحصيلياً ضعيفاً نسبياً. ويؤثر سلوكه في الفصل الدراسي. إذ كلما زاد الخوف من المدرسة انعكس ذلك على التوافق النفسي والاجتماعي للتلاميذ، فالخوف انفعال هروبي كما ترى ذلك جودنف.

الأسباب:

فيما يلي سوف نتعرف على الأسباب التي تؤدي إلى المخاوف المرضية بشكل خاص لان أسباب الخوف الطبيعية عند الأطفال معروفة وواقعية ويمكن الكشف عن

الكشف عن بسهولة في حين أن الأسباب الكامنة وراء المخاوف تكون أكثر تعقيداً ولهذا نخصها بالذكر. واهم هذه الأسباب ما يلي:

1- الصدمات الانفعالية الشديدة والمؤلمة:

قد تكون مخاوف الأطفال ذات علاقة بموقف مؤلم مخيف كأن يذهب الطفل مع أمه وأبيه إلى المستشفى، ويشاهد هناك الطبيب يقوم بعمل يثير الألم الشديد عند الطفل، أو يرى الدم ينزف من طفل في المستشفى فيقوم الطبيب بخياطة الجرح والطفل يصرخ ويتألم.

وهذا المنظر المؤلم والمفزع لدى الطفل الذي حضر مع والده إلى المستشفى يسبب له فيما بعد خوفاً من رؤية الطبيب أو حتى مجرد سماع اسمه لان مشاهدته ترتبط عند الطفل بموقف مؤلم. كما أن الخبرة في حالة الأطفال الصغار مع كلب ضال يمكن أن تؤدي إلى تعميم للخوف من جميع الكلاب وجميع الحيوانات ذات الفراء. كما أن خبرة الطفل في الحمام والخوف من الاغتسال نتيجة لهذه الخبرات المؤلمة.

2- تخويف الأطفال:

قد يلجأ الوالدان إلى أسلوب تخويف الأطفال إذا تأخر الطفل مثلاً عن النوم بعد ذهابه للفراش فيلجأ الوالد أو الوالدة إلى تهديد الطفل بأنه سوف يحضر له احد الحيوانات المفترسة أو أن هذا الحيوان المفترس ينتظر خارج الباب وبأنه سوف يأكله إذا لم ينم... فكيف لمثل هذا الطفل أن ينام نوماً هادئاً وهو مهدد بهجوم مثل هذا الحيوان عليه؟ وكيف له أن يخرج خارج البيت والحيوان ينتظره؟

كما يخاف الطفل من الكلب إذ خوفه والده منه. أو قص عليه قصصاً عن الكلب المفترس، وهكذا فان هذا الطفل الصغير يصدق هذا التهديد، ويستجيب لامه وهو يتألم من الخوف، والذي يمكن أن يعممه على الحيوانات الأخرى المشابهة. ويبقى هذا التأثير إذا لم يعالج يؤثر في شخصيته حتى نهاية الحياة... لهذا فان حشو دماغ الطفل بمثل هذه الخرافات والأوهام وإرهابه بالحيوانات المفترسة مما يبدد طاقته الذهنية في أمور لا جدوى منها.

3- التقليد:

يتعلم الأطفال الخوف في كثير من الأحيان عن طريق تقليد الكبار أو الإخوة أو الزملاء. وقد دلت الدراسات انه يوجد لدى الطفل شديد الخوف واحد من الوالدين على الأقل مصاب بمخاوف شديدة. فالأم التي تخاف من الحشرات والصراصير والمرتفعات يصيبه ما أصابها من هلع أو خوف عند رؤيته مثل هذه الحشرات أو صعوده إلى تلك المرتفعات. فالخوف انفعال يكتسبه الطفل من البيئة التي يعيش فيها تماما مثلما يتعلم أخلاقه أو ميوله أو اتجاهاته المختلفة.

فالأطفال يكتسبون مخاوف والديهم، عن طريق عمليات التقمص أو التعلم بالملاحظة. كما يلجأ الوالدين إلى رواية خوفه أمام الأطفال أو احدهم عن حيوانات معينة مما ينعكس على الطفل ويؤدي إلى شعوره بالخوف. كما أن الآباء الذين يخافون من عدم مقدرتهم على مواجهه مؤثرات الحياة يسهمون في تطوير نظرة إلى العالم قائمة على الخوف لدى أطفالهم. فقد اقر اغلب المرضى المتقدمين في السن والذين يعانون من مخاوف في تقاريرهم أنهم عانوا من الخوف أثناء طفولتهم، وغالباً ما كانت أمهاتهم يعانين من مخاوف في طفولتهن، ولهذا فان مخاوف الأطفال التي يتم تعلمها من هذا الطريق تكون على درجة خاصة من الثبات أو البقاء.

4- المشاهدات التي يراها الطفل من خلال التلفزيون والفيديو والكتب الهزلية:

تحتوي مشاهد التلفزيون وأفلام الفيديو والكتب الهزلية على جميع أشكال العنف، والتأثير السلبي لمثل هذه المشاهد يظهر على شكل مزيد من الخوف والعدوان لدى مشاهدي العنف.

فقد أظهرت الدراسات أن الأطفال الذين يشاهدون التلفزيون ممن تقع أعمارهم ما بين 7- 11 سنه هم أكثر خوفاً من الأطفال من العمر نفسه والذين لا يشاهدون هذه البرامج. فمشاهدة الطفل لفيلم مرعب فيه قتل وسفك دم وممارسة اعتداء ووحشية أو خطف أطفال يجعل الطفل يعتقد أن ما رآه في الفيلم الذي شاهده هو حقيقة وليس مجرد فيلم للتسلية، وان ما حدث للطفل أو الكبار في الفيلم يمكن أن يحدث له.

ولهذا يصاب الطفل بالخوف ويرفض النوم وحدة في الغرفة المظلمة خوفاً من أن يمسه الأذى الذي شاهده في الفيلم، لان الطفل بعد مشاهدته لفيلم مزعج يبدأ بالاعتقاد بأنه سوف يهاجم في غرفته بوساطة الشخص الذي في الفيلم.

5- الخوف المرضي:

قد يكون الخوف المرضي – من وجهه نظر فرويد – وسيلة هروبية لحماية الشخص من الإفصاح عن رغباته المكبوتة أو الاعتراف بحقيقة مشاعره. فالخوف هنا عبارة عن وسيلة دفاع لحماية الفرد من رغبه لا شعورية مستهجنه جنسية أو عدوانية غالباً، أو انه يتعلق بكره غير ظاهر أو رغبه دفينة.

6- تعلم المخاوف:

تنشأ المخاوف- حسب رأي المدرسة السلوكية – عن طريق التعلم. فالطفل يتعلم الخوف عن طريق الربط بين شعوره بالخوف الشديد في بعض المواقف وبعض الأشياء أو الحيوانات أو الموضوعات ثم ينسى كيف تم هذا الربط فتعلم الطفل (ألبرت) للخوف حسب ما ذكره (واطسن) والذي لم يكن يخاف من الفئران البيضاء، علمه واطسن الخوف منها بان قدم له فأراً ابيض وقرع من خلفه قضيبين من الحديد فخاف الطفل من الصوت العالي الصادر عنهما.

وبتكرار العملية ربط الطفل بين الفأر الأبيض والصوت المزعج مما أدى إلى تعلم الطفل الخوف من الفأر الأبيض ، وعمم هذا الخوف حتى انه أصبح يخاف من كل الحيوانات ذات الفراء الأبيض.

7- الأسباب الأسرية:

الظروف الأسرية المضطربة التي يسودها التوتر والمشاحنات المستمرة بين الأبوين، أو بين الإخوة، أو بين الآباء والأبناء، تؤدي إلى شعور بعدم الأمن. فالأطفال الذين لا يشعرون بالأمن يحسون أنهم اقل قدرة من غيرهم على مواجهه المخاوف، وتتطور هذه المشاعر وتتضخم عند الطفل لتصبح على شكل خوف مرضي. بالإضافة إلى ذلك فان أساليب التربية المتزمتة أو العطف الزائد وعدم المساواة بين الأطفال يمكن

أن توجد الخوف عند الأطفال... وهذا الخوف يتطور لديهم ليصبح على شكل خوف مرضي وفقد الثقة بكل المحيطين.

الوقاية من المخاوف المرضية:

يتفق الكثير من علماء النفس على أن المخاوف المرضية عند الأطفال هي استجابات متعلمة، والوقاية منها وعلاجها ميسران ويكون ذلك بمساعدة الأطفال على حل صراعاتهم (عند علماء التحليل النفسي) وأزاله التعلم الخاطئ الذي واجهوه في البيت والمدرسة (عند السلوكيين وأصحاب نظرية التعلم الاجتماعي) وتتلخص أهم الطرائق الوقائية من المخاوف المرضية فيما يلي:

1- عدم تخويف الأطفال وكذلك عدم استغلال مخاوفهم من السيطرة عليهم وضبط سلوكهم.

2- تبصير الأطفال بالأشياء المؤذية، وتوضيح ما فيها من تهديد لحياتهم، وبيان كيفية الحذر منها والبعد عنها، حتى تكون استجاباتهم مناسبة لما فيها من أخطاء.

3- تشجيع الطفل على الاعتماد على نفسه، وتحمل المسؤولية حتى يتعود على الجرأة والأقدام.

4- تدريب الآباء والأمهات أنفسهم على ضبط انفعالات الخوف عندهم لإخفاء مخاوفهم عن أطفالهم حتى لا يتعلموها بالملاحظة والتقليد... ولهذا فلا بد أن يكون الوالدان نموذجا للهدوء والتفاؤل والاستجابة بشكل مناسب.

5- تقليل قلق الأمهات على أطفالهن لأنه كلما كانت الأم قلقه أو خائفة على طفلها، كلما قلق الطفل أيضا وخاف على نفسه.

6- الإقلال من تحذير الآباء لأبنائهم أو تأنيبهم أو تحقيرهم وأهانتهم أو ضربهم، لان مثل هذه التصرفات من الآباء تضعف في أبنائهم الثقة بالنفس، وتجعلهم هيابين جبناء، يشعرون بالتهديد والخوف من أشياء ومواقف كثيرة.

7- إذا حدث ما يزعج الطفل ويخيفه فلا بد من مناقشته وتبصيره بالحادث بأسلوب يناسب فهمه وإدراكه، ومساعدته على حل الصراعات التي قد تنشئ مثل هذه المواقف.

8- لا بد من وجود رقابه علمية وتربوية على المطبوعات المحلية والمستوردة وكل ما يذاع ويبث عبر الراديو والتلفزيون وأفلام الفيديو حتى نجنب أطفالنا الأضرار النفسية.

علاج المخاوف المرضية:

إذا تأصل الخوف عند الطفل وأصبح خوفا مرضياً، فان الحديث المباشر مع الطفل على أن ما يخاف منه لا يسبب له أذى، كما أن حث الطفل على التغلب على مخاوفه وتحقيرها لا يفيد كثيراً، ولا بد من استخدام العلاج النفسي وفنياته في علاج المخاوف المرضية (الفوبيا) وأكثر هذه الطرق استخداماً ما يلي:

أ- العلاج بالاستبصار

وهو نوع من العلاج النفسي يقوم على الكشف عن صراعات الطفل وتبصيره بها ومساعدته على حلها وتنمية ثقته بنفسه وبمن حوله، وتعديل مفهومه عن ذاته وتعديل اتجاهاته نحو والديه وإخوته وأصدقائه ومدرسية.... بالإضافة إلى ذلك فلا بد من تبصير الوالدين والمدرسين وكل من له علاقة بمخاوف الطفل، ضرورة المساهمة في علاج هذه المخاوف، فعلاج المخاوف المرضية عند الأطفال يعتمد على تعاون المحيطين بالطفل إلى حد كبير.

ب- العلاج السلوكي

يهدف العلاج السلوكي إلى تعديل السلوك ويتم ذلك عن طريق تحديد السلوك المطلوب تعديله والظروف التي يحدث فيها ذلك السلوك وتعديل العوامل المسئولة عن استمرار السلوك المضطرب، ويحدث ذلك عن طريق أضعاف استجابات الخوف عند الطفل الذي يعاني من المخاوف المرضية وتقوية استجابات عدم الخوف من الموضوعات التي تعلم الخوف منها،

واهم طرق العلاج السلوكي المتبعة في علاج المخاوف المرضية ما يلي:

1- **خفض الحساسية المنظم للإحساس بالخوف:** الهدف من هذه الطريقة مساعدة الطفل الذي يعاني من المخاوف المرضية ليصبح أقل حساسية تجاه الموضوعات المثيرة لهذه المخاوف، ويتم ذلك عن طريق اقتراب الطفل تدريجياً من الأشياء التي يخافها سواء أكان ذلك في مواقف حقيقية أو عن طريق التلفزيون أو عن طريق التخيل. لذلك ينبغي عدم إجبار الأطفال على التربيت على كلب يخافون منه، فالطريقة المثلى هي ترك الأطفال يراقبون كلابا يتم إطعامها من وراء النافذة، ثم يراقبون كلابا في الغرفة نفسها، ويقومون بإطعام الكلب بأنفسهم. فالتقدم التدريجي يؤدي إلى تزايد الشجاعة شيئا فشيئا. ومن الممكن أن تقرأ للطفل قصصاً عن الكلاب، وان تتاح لهم فرصة اللعب مع الجراء الصغيرة بدلاً من اللجوء إلى أسلوب الإقناع فحسب مما يؤدي إلى تناقص المخاوف عند الأطفال.

أن تقريب الطفل التدريجي من الموضوع المخيف وهو مسترخ وفي حالة نفسية طيبة تجعل الموقف المؤلم ممتعاً وغير مؤلم مما يغير استجابة الطفل وانتقاله من الخوف إلى الأمن والطمأنينة.

2- **ملاحظة نماذج الشجاعة مع التشجيع المقرون بالشرح اللفظي:**

وهذه الطريقة تساعد في تقليل الحساسية. فالطفل من خلال الملاحظة يتعلم كيف يتعامل مع الإفراد غير الخائفين في المواقف المخيفة، فالملاحظة تقنع بعض الأطفال بان ما يخافون منه هو في الواقع لا خطورة فيه ومثال ذلك: أن تعرض على الطفل أفلام كرتونية فيها الشيء الذي يخاف منه، ويلاحظ أيضاً أن الأطفال الآخرين يشاهدونه وهم فرحون مسرورون، فيقوم الطفل بتقليدهم في سلوك الشجاعة هذا ويتخلى عن مخاوفه ويجعله يقبل على الموضوع المخيف بارتياح شأنه شأن غيره من الأطفال، ومن المفضل في هذه الطريقة المزاوجة بين الشرح اللفظي وتشجيع الطفل مادياً أو جسمياً على مواجهه الموقف المخيف بالتدريج وذلك بوجود الوالدين. وهذا من شأنه أن يساهم في تهدئه الطفل.

فكلمات الشرح اللطيفة من قبل الوالدين تعد إثابة للطفل من اجل كف استجابة الخوف ليتعلم استجابات أخرى أكثر نضجاً.

3- الاسترخاء:

أن استرخاء عضلات الطفل الخواف يعارض ظهور الشعور بالخوف عنده (اشراط مضاد) فالاسترخاء يساعد الطفل على التركيز الايجابي، فالخوف من الظلام مثلا يمكن أن يضاد عن طريق الاسترخاء التام، ويتم تدريب الطفل على فعالية الاسترخاء وهو في سريره أولا، ليستطيع استخدامه في المواقف المثيرة للخوف, حيث يتمكن من الاسترخاء لمجرد الإثارة أو كلمه بسيطة مثل (استرخ).

كما يمكن تدريب الطفل على الاسترخاء بفاعلية أثناء وجوده في حمام دافئ مما يكسبه طريقة للتغلب على الخوف عندما يذهب إلى النوم فيقوم بإرخاء عضلاته ويتخيل نفسه في حمام دافئ.

ويمكن استخدام الاسترخاء مع خفض الحساسية التدريجي من الموضوع المخيف للطفل، بحيث يتم وصف مشاهد تزداد في قوة إخافتها للطفل شيئا فشيئا, ويقوم الطفل بالاسترخاء في كل مرة يشعر فيها بالخوف من المشهد الذي يتم وصفه، كما يمكن استخدام طريقة التأمل لتهدئة الطفل عن طريق التنفس ببطء وانتظام وبتناغم مع العد ببطء أيضاً، ومن المفضل أن يتعلم الطفل التأمل بعد أن يتمكن من الاسترخاء العضلي التام.

4- الإيحاء الذاتي:

أن تعليم الطفل كيفية الإيحاء الذاتي (التحدث مع ذات) بشكل صامت يمكن أن يحسن من مشاعره نحو الموضوع المخيف.

فالتفكير بالأشياء يجعلها تبدو أكثر خوفا, في حين أن التفكير بأفكار ايجابية تؤدي إلى سلوك اهدأ ومثال ذلك: "استطيع أن أواجه ذلك"، "إنني أصبح أكثر شجاعة أزمة وتمر" ، "كل شيء سيكون على ما يرام" ، "أنا بخير"، "أنها مجرد تخيلات"، "الوحوش لا توجد إلا في الأفلام وبعيدا عن الناس" ، "الرعد لا يمكن أن يؤذيني"

كما يمكن تدريب الأطفال على كيفية إيقاف أفكارهم بمجرد قول (توقف) وبعدها يقولون لأنفسهم عبارات ايجابية.

رابعاً: الغيرة

الغيرة حالة انفعالية يشعر بها الفرد في صورة غيظ من نفسه أو من المحيطين به أو أحدهم، وهي انفعال مركب من حب تملك وشعور بالغضب بسبب وجود عائق متصور وقف دون تحقيق غاية مهمة.

ويبدو الشعور بالغيرة أيضاً حينما يمتزج الغضب والخوف وحب التملك معاً ويشعر الطفل باغتصاب فرداً آخر لما اعتبره حقاً لنفسه، وهذا المزيج المركب قد يرفض الفرد الاعتراف بسلبياته أو المعاناة الناجمة عنه، ويحاول الإخفاء لأن الإظهار أو الإفصاح عنها تزيد من شعوره بالمهانة والتقصير.

وتعرف الغيرة أيضاً بأنها ذلك الشعور الكريه الذي ينتج عن جملة الاعتراضات وضروب الإحباط ضد ما نبذله من جهود قصد الحصول على ما نحب.

وتظهر الغيرة في السنوات الخمس الأولى من حياة الطفل مصادفةً أو نتيجة التصرفات التي يمارسها بعض الآباء تجاه الطفل.

وأثبتت الدراسات أن نسبة الغيرة لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور، كما أن المرأة أكثر نزوعاً نحو الغيرة من الرجل وربما يعود ذلك للتباين في دور الأنثى وممارستها ومسؤولياتها، والذكر بطبيعته البيولوجية عنصر انطلاق وانتشار إيجابي بينما الأنثى عنصر احتواء واحتفاظ مبدع، وربما كانت الغيرة نسبتها أعلى لدى الإناث نظراً لما يتمتع به الذكور من امتيازات مثل تفضيل الذكر على الأنثى في بعض المجتمعات أو حصول الذكر على قدر أكبر من الحرية والاهتمام.

أشكال الغيرة

1. غيرة الزوجيين.
2. غيرة الزملاء.
3. الغيرة المتأتية من عقدة أوديب.
4. غيرة الإخوة.

غيرة الإخوة

إن أغلب الأطفال لديهم شعور بالغيرة من الأخ الذي يولد جديداً، وذلك لاعتقادهم انه سلبهم مركزهم المميز ونقلهم من محور الاهتمام والاستقطاب إلى المركز الثاني، أو إلى زاوية الإهمال والنسيان، ولكن أكثر من يتأثر بالغيرة هو الطفل البكر عند ولادة طفل آخر وقد يغار الطفل الأصغر من أخيه الأكبر أحياناً لما قد يتمتع به من امتيازات جسدية خاصة كالقوة والجمال وغيرها، أو معنوية كالمعاملة المميزة التي قد يعامله بها الوالدان وهذه الغيرة تشتد أو تضعف حسب طبيعة كل طفل وعمره ومركزه في الأسرة بل وحسب حجم الأسرة.

مظاهر الغيرة

من مظاهر الغيرة عند الأطفال الضرب أو السب أو التخريب أو الثورة أو النقد لما يحدث في أحيان كثيرة.

كما أن من مظاهرها أيضا الميل إلى الصمت والتجهم أو الانزواء أو الإضراب عن الأكل آو البحث عن أسباب للتكدير والهم والنكد.

وهناك مظاهر فسيولوجية وجسمية للغيرة عند الأطفال منها فقدان الشهية وإصفرار الوجه ونقص الوزن والصداع وشكوى الشعور بالتعب وربما تطور الأمر إلى تحول التوتر النفسي إلى توتر فسيولوجي يتمثل في القيء والإضطرابات المعوية(3)(حسين، محمد، 1986م).

رابعاً: أسباب الغيرة

1. عوامل إقتصادية.
2. عوامل اجتماعية ثقافية.
3. عوامل فسيولوجية.
4. عامل الشعور بالنقص والمرور بمواقف مهبطه.
5. عوامل نفسية.

أساليب التغلب على المشكلة

1. تهيئة الطفل الأكبر لاستقبال المولود الجديد بإخباره قبل شهر أو شهرين وذلك لمن هم في عمر اكبر من ثلاث سنوات.
2. عند قرب موعد الولادة من المفضل أن تخفي الأم بعض الهدايا في البيت وبعد ولادتها تخبر الطفل الأكبر عن مكان وجود الهدايا في البيت فيشعر الطفل الأكبر أن والدته لم تتخلى عنه بل تفكر فيه، وإذا كان الطفل أقل من ثلاث سنوات فيمكن إخباره بان المولود الجديد قد أتى واحضر معه هذه الهدايا.
3. لا يجوز إبعاد الطفل الكبير عن البيت مع قدوم المولود الجديد لأن ذلك يجسد مخاوفه في إمكانية التخلي عنه.
4. يبالغ الوالدان في خوفهما من الغيرة التي ظهرت على ابنهما فيمنحانه امتيازات إضافية تجعله أكثر غلظه وغيرة فيجب الاعتدال والاتساق في المعاملة.
5. عقد المقارنات ولا سيما في الأمور السلبية لدى الطفل سيف ذو حدين يشعر واحداً من الطفلين بأنه غير مقبول وبان أخاه أكثر منه حظاً وهذا ما يؤجج نار الغيرة والمنافسة.
6. من المستحسن أن نوجه الإرشادات آو التنبيهات الضرورية لكل طفل على حدى لا أمام أخوته ولا مانع من الاختلاط بكل طفل عندما يتطلب الموقف ذلك دون تحديد موعد ثابت لمثل هذه الخلوة.

خامساً: قضم الأظافر ومص الأصابع:

ينصرف بعض الأطفال إلى بعض الحركات العصبية ويستغرقوا فيها بصورة بارزة تختلف عن اغلب الأطفال ويدل ذلك السلوك على عدم استقرار الطفل الذي يأخذ إشكالا مختلفة من الحركات العصبية الملحوظة نتيجة تكرارها كإتيان الطفل بهز الكتف أو رمش العين أو وضع الأصابع في الأنف أو الفم أو مص الأصابع أو قرض الأظافر وعض الأشياء إلى غير دلك من حركات عصبية غير موجهة.

وأما مص الأصابع فهو سلوك عادى في الطفولة المبكرة بل ويعتبر من أكثر العادات شيوعا وانتشار بين الأطفال وهي تتبع في الواقع سلسلة من التنظيمات الحركية العضلية النافعة للطفل والمؤدية إلى الإشباع وحدوث اللذة فالمص والعض

وسيلتان لإثارة إحساسات عضوية لديدة يتمسك بها الطفل بيد ان الاطفال يتفاوتون فيما بينهم تفاوتا كبيرا فيما يتعلق بالتمسك بتلك العادات والقدرة على التخلص منها.

والواقع ان استخدام العقاب والتأنيب أو وضع مواد لاذعة على الأصبع أو تقييد الاصبع أو أي تدخل من شأنه منع هدا السلوك الطفلي هو تدخل غير طبيعي وغير مجدي على الاطلاق دلك لان الاطفال يقلعون عن هده العادة تدريجيا من تلقاء أنفسهم إلا ان هدا الإقلاع يختلف باختلاف الاطفال وحالتهم النفسية والظروف المحيطة بهم. فبعض الاطفال يقلع عن هده العادة في سن الثالثة والبعض الأخر يستمر حتى سن الخامسة أو السادسة. وتمر عملية الإقلاع بمراحل كأن يتخلى الطفل عن مص الاصابع نهارا ثم يعود إليها ليلا وخاصة عند بدء النوم ثم بعد ذلك يقلع عنها نهائيا.

ويرجع الطفل أحيانا إلى تلك العادة بعد ان يتخلى عنها وهدا يدل على النكوص إلى المرحلة الفمية. ويحدث داك بصفة خاصة عندما تواجه الطفل مشاكل مستعصية كعدم الشعور بلامنا الناشئ عن الانفصال عن إلام أو نتيجة لتهديد الطفل بالخصاء أو توقعه لعقاب شديد وألم يلم به. بيد ان تلك العادة يمكن ان تتوقف تلقائيا بعد القضاء على السبب الاصلي.

هدا وترتبط عادة مص الاصابع بحرمان الطفل من الطعام أو بالتغدية غير الكافية أو بعيدة الفقرات مما يضطر الطفل الى اللجؤ الى مص اصابعه ولو بدون نتيجة ايجابية.

وتظهر حركة مص الأصابع مند الاسابيع الاولى ففى الاشهر الاولى يمكن أن يلاحظ مص الطفل لاصابع اليد أو الرجل. وهي في الواقع مهارة تدل على التوافق العصبي والتآزر الحركي العضلي ومص الاصابع في الشهور الا ولى من عمر الطفل يمكن النظر اليه ادن على أنه شيء طبيعي أو عملية سلوكية عادية يقوم بها كل طفل تقريبا ويشتق منها اللدة والتسلية والاحساس ولاطمئنان أما إذا استمر الحال على دلك حتى السادسة وما بعدها فيمكن اعتبارها حالة مرضية ينبغي البحث عن اسبابها وعلاجها دلك لكونها عادة تدل على الاضطراب النفسى كما انه يمكن اعتبارها منافية لاداب السلوك واللياقة.

فالخطورة إذن تكمن في استمرارية العادة والاصرار على مزاولتها مع تقدم السن وتلك العادة تعوق الطفل عن الانتاج أو ممارسة الانشطة المثمرة وتجعله يستغرق في احلام اليقظة والسرحان.

أما عادة قضم الأظافر فهي دليل على ضعف التوافق الانفعالي فقد يقوم بها الطفل في بعض الاحيان كرغبة في ازعاج والديه ويثبت تلك العادة ادى الطفل ما يظهره الوالدان من انزعاج بالفعل عندما يريد الطفل ان يقوم بتلك العادة.كما يكشف دلك الاحساس المتضارب عن حاجة الطفل الى عقاب نفسه لشعوره بالسخط على والديه والعداء الموجة لهما. ولدا يجب ان يتلخص الطفل من الخوف من التعبير عن مشاعره العدائية حتى لا يلجأ الى التنفيس عنها بقضم أظافره وعندما تنتهي المشاكل الافعالية لدى الطفل نجده يبدأ باستخدام الوسائل الاخرى لتقليم أظافره كلما أراد حتى يشعر بانه شخص كبير ناضج.

أسباب مص الأصابع وقضم الأظافر:

- تمثل عملية مص الأصابع وقضم الأظافر واضطرابات الوظائف الفمية أي الاضطرابات التي تصيب وظيفة الاكل مثلها في دلك مثل فقدان الشهية وعدم القدرة على البلع...الخ.
- تدل هده العادات على عدم التوافق الانفعالي.
- يعتبر القلق هو السبب الرئيسي وراء لجؤ الفرد الى تلك العادات وغيرها.
- تدل تلك العادات على رغبة الطفل في تحقيق رغباته واشباع حاجاته للدة والسعادة والحرية واللعب والحركة ولدا يقبل على تكرارها باستمرار.
- يزداد اقبال الطفل على تلك العادات عندما تواجه مشكلة أو عند الرغبة في النوم أو عند الشعور بالقلق و الصيق و الوحدة أو عندما لا تتحقق رغباته و حاجاته الملحه.
- تعرض الطفل لحالات انفعاليه شديدة و مستمرة من نوبات بكاء و انقباض و غضب شديد و ثورات عارمة و غيرة و قلق و عدم استقرار.

- يساعد على تثبيت الحركات العصبية من مص الاصبع و قرض للاظافر وجود الطفل في بيئة مشحونة بالانفعالات و القلق و وجود افراد عصبين من حوله.
- يلجأ الطفل إلى تلك العادات النتيجة لتعرضه لامراض تؤثر على الصحة العامة كعدم كفاية النفس وتضخم اللوزتين والزوائد الانفية وسوء الهضم واضطرابات الغدد وما الى دلك.
- شعور الطفل بعجزه الجسمي أو الحسي أو العقلي أو شعوره بأنه أقل من حوله في الجمال أو الاهمية... يجعل الطفل غير مستقر عاطفي ونفسيا.
- تعرض الطفل بأساليب المعاملة المنزلية والتنشئة الاجتماعية غير الملائمة.
- يتدخل عامل الضعف العقلي أو التخلف العقلي وما يصاحبه من ضعف القدرة على التركيز والعصبية وعدم القدرة على الاستقرار في تثبيت الحركات العصبية لدي الطفل.
- تعتبر التغدية غير الكافية أو بعيدة الفترات وبالطبع حرمان الطفل من الطعام سبباً في لجوء الطفل الى عادة مص الأصابع رغم انها عملية لاتؤدي الى نتيجة ايجابية.
- ضعف قدرة التلميذ على التحصيل ومتابعة الدرس كبقية زملائه يشعره بالتأخر الدراسي وما يلحق بدلك من شعور بالنقص أو الدونية وقصور القدرات عمن سواه في فصله وبين اقرانه ويزيد دلك الشعور حده اتجاه المدرس نحو دلك التلميد والاسلوب الدي يتبعة مع التلميد كالنبد أو الاهمال أو مقارنته بزملائه العاديين منهم والمتفوقين.

أساليب العلاج:

تتلخص أهم توصيات وطرق علاج اضطرابات العادات من مص الاصابع وقضم الاظافر في ما يلي:

- تخليص الطفل من مشاعر الخوف من التعبير عن مشاعرة العدوانية.
- تحقيق واشباع حاجات الطفل الضرورية وخاصة الحاجة الى الحب والحرية واللعب والحركة.

- اشعار الطفل بالامان والثقة في النفس والثقة فيمن حوله ويعطفهم وحبهم واشعارهم بالكفاية.
- العناية الصحية والفحوص الطبية الدورية للتعرف على الاسباب الجسمية التي قد تساعد على وجود الحالة العصبية.
- توفير الهوايات والأنشطة الملائمة للطفل وتوفير الهدوء ألازم لممارسة تلك الأنشطة وتنظيم فترات العمل والراحة وإحاطة الطفل بجو أو بيئة صالحة نفسياً.
- شغل الطفل بالأنشطة اليدوية المنتجة التي تشعره بقيمة وقدرته على القيام بإعمال مختلفة ومساعدة الآخرين في أعمالهم وأنشطتهم.
- إقناع الطفل بضرورة اقلاعة عن الحركات العصبية والعادات السيئة المنبوذة من الجماعة مع ضرورة تدكيرة دائما بدلك آدا ما نسي واستمر في مزاولة عاداته.
- إزالة عوائق القلق والاضطراب والغضب والتوتر التي يتعرض لها الطفل والعمل على حل صراعاته وذلك بالعلاج النفسي الفردي والجماعي.
- عدم إسراف الوالدين في النقد لهده العادات أو الخجل من وجودها في أبناءهم أو التحدث عنها باستمرار كمشكلة لا حل لها.
- تقليم أظافر الطفل باستمرار وتشجيعه على الإبقاء على شكلها نظيفا مع ضرورة توافر القدوة الحسنة.
- يمكن وضع دواء دو رائحة كريهة والطعم المر على الأصابع التي يقوم الطفل عادة بمصها ودلك لتذكير الطفل بالإقلاع عن تلك العادة الكريهة كلما حاول العودة إليها.
- يمكن استخدام سوار مقوى يربط حول الكوع ويمنع الطفل من ثني دراعة ووضع أصابعه في فمه رغم انه يسمح لتحريك الذراع بحرية كافية وذلك بالإتفاق مع الطفل للتعاون معه على أن يقلع عن هده العادة.
- ومن الأفضل أن نقوم بتحويل نشاط الطفل الشاذ إلى طرق أخرى عادية تمتص نشاطه وطاقته أي إبدال تلك الأنشطة والحركات العصبية بأنشطة تحل محل

وبذلك تختفي العادة القديمة الكريهة ونغطي عليها عادات أخرى حسنة ومقبولة وهذا ما يسمى بالعلاج السلوكي في محو العادات غير المرغوب فيها وتعلم عادات أخرى مرغوب فيها.

- هناك طريقة تجريبية أخرى تساعد على الإقلاع عن العادة وهي إخراج العادة من ميدان اللاشعور أي بالالتفات عليها عن قرب لكل تفاصيلها.

فقد استخدم دونلاب هذا الأسلوب في التخلص من قضم الأظافر(فيطلب من الطفل الذي يقضم أظافره في إصرار مثلا إن يذهب إلى عالم النفس ويجلس أمامه لمدة نصف ساعة كل يوم ويقضم أظافره عن عمد طوال تلك الفترة وسرعان ما اختفى قضم الأظافر من أنشطة الأشخاص المعتادة وبدأ أن الشفاء ثابت نسبيا).

بيدا انه لايجب أن يقوم الآباء بتحذير الطفل دائما والمبالغة في الانتباه إلى هذه العادات التي يمكن أن تختفي بمرور الوقت مع قليل من الإرشاد والتوجيه الناجح.

والواقع أن عملية النهي المستمرة وخاصة المصحوبة بالتهديد والوعيد ومشاعر النبذ والكراهية والاشمئزاز تقوي العادة في الطفل وتدفعه إلى العناد والمقاومة وكسب الموقف لصالحه واستغلال هذا الاهتمام ضد الأسرة بصورة أو بأخرى.

سادساً: مشكلة اضطرابات النوم:

ان النوم الكافي و المريح مهم من الناحية البدنية و النفسية للطفل و ان الصعوبة الحقيقية في النوم امر طبيعي عند الاطفال من سن (2 - 5) انها انعكاس طبيعي للمضايقات المرافقة للنمو عند الأطفال و هي مؤشر مبكر للاضطراب الانفعالي عندهم.

الأسباب:

1- القلق.
2- الصراعات الداخلية.
3- التوتر.

4- الخوف من الظلام.
5- الاضطرابات الجسدية.
6- الارادة.
7- عدم الرغبة في النوم.
8- الكوابيس.
9- النوم المتعب.
10- الارق.
11- الغيرة.
12- فقدان الحب و الحنان.

الوقاية:

1- على الاباء عدم اظهار المزيد من الخوف و القلق و الضيق اذا رفض الطفل النوم.
2- على الاباء طمأنة الطفل و تشجيعه و عدم زيادة التوتر لديه.
3- استعمال الروتين المنظم و هو عبارة عن برنامج يعين فيه موعد النوم و الاسيقاظ للطفل و الساعة التي تسبق النوم يجب ان تكون هادئة و مريحة.
4- الدعم و الحنان أي اعطاء الطفل الحب و الحنان و السرور و الراحة قدر المستطاع فيمكن للام ان تحكي القصص الهادفة و المفيدة و ان تقرأ بعض الاناشيد الجميلة او ان تدعو بعض الادعية الدينية.
5- الحزم أي على الطفل ان يذهب الى النوم و كذلك تجاهل بكائه.
6- اذا لم يشعر الطفل بالنعاس فعليه ان يلهو بسريره و يلعب حتى ينام.
7- التنبيه المبكر قبل النوم بان يستعد للنوم بعد ساعة مثلا.
8- اعطاؤه اشياء و العاب يحبها بقربه في السرير فيشعر بالامان.
9- البعد عن النقد و اللوم و استبداله بالمحبة و الود.

العلاج:

اذا كان الطفل راغب بالنوم بسبب خوفه من الظلام علينا معالجته:

1- **التفهم:** يجب ان نبتعد عن الاستهزاء بالطفل و السخرية منه او تهديده و يجب الصبر عليه و تشجيعه و تقبل مشكلاته.

2- **الضوء:** علينا ان نضع بعض الضوء يتسرب الى الغرفة حتى لا يخاف من الظلام.

3- إعادة ترتيب اثاث الغرفة ووضع السرير في مكان يجنب الطفل رؤية ظلال مخيفة اثناء الليل و علينا سرد قصة هادفة له وترك الباب مفتوحاً.

سابعاً: مشكلة التلعثم بالكلام \ التاتاة

يحاول الاطفال قوة كلمة و يترددون و يحاولون مرة اخرى و قد يكررون الحرف الاول او الكلمة باجمعها و قد يكون هناك صمت لبعض ثواني فالتلعثم هو التحدث بتقطع غير طوعي او احتباس في النطق ترافقه اعادة متشجنة او اطالة للمخالاج الصوتية ان المتلعثمين يتحدثون بطلاقة مع اصدقائم او عندما يكونون وحدهم و لكنهم يتلعثمون مع الاخرين و خصوصا مع الاشخاص الذين يمثلون السلطة و خوفهم منهم.

الأسباب:

1- عضوية متأثرة بالوراثة.

2- حالات نفسية.

3- توقعات الوالدين.

4- رد الفعل للضغط و التوتر.

5- تعبير عن صراع.

الوقاية:

1- تعليم الاطفال الذين يتقبلون الكلام و العمل على تقويته عندهم و ينبغي الا نجبر الاطفال على التعلم للكلام او ممارسته عنوة الا اذا كانوا يتقبلونه عندها يجب تشجيعهم و حثهم عليه.

2- توفير جوا هادئا للطفل يسوده التقبل و الانسجام و تدعيمه عاطفيا و هي طريقة ممتازة لوقايته من التلعثم.

3- تنمية الشعور بالكفأة و خفض التوتر و هذة تقي من حدوث التلعثم و هي ضرورية جدا في حالة بداية التلعثم البسيط و يجب تعليم الطفل باسلوب مرح فهذا يزيد من كفاة الطفل.

العلاج:

1- استخدام طرق متخصصة ملائمة في البيت عن طريق التعاون مع الطفل و زيادة دافعيته باستعمال المكافات عند عدم التلعثم و التجاهل عند حدوث التلعثم و تعليم الطفل للتحدث باسلوب ايقاعي فهذا سيقلل التوتر.

2- تخفيض القلق تدريجيا و يكون بعد تطبيق تمرين الاسترخاء ثم تعريض الطفل لموقف مثير للقلق تدريجيا.

3- مكافئة الحديث المناسب.

4- خفض الضغط.

ثامناً: مشكلة القلق

هو حالة من عدم الارتياح والتوتر الشديد الناتج عن خبرة انفعالية غير سارة يعاني منها الفرد عندما يشعر بخوف أو تهديد دون أن يعرف السبب الواضح لها. فالقلق هو مجموعة المخاوف غير المحدودة التي تظهر في سلوك الفرد سواء في حالة اليقظة أوفي حالة النوم. وكثيرا ما يصاحب القلق اضطرابات جسمية وتغيرات فسيولوجية كتوتر العضلات واضطراب الجهاز الهضمي أو القي وفقدان الشهية والإحساس بالتعب والانهماك و الاختناق والضيق واضطرابات النوم والتبول بكثرة وازدياد النشاط الحركي العشوائي والمضطرب الذي يفقد فيه الطفل سيطرته على ما يقوم به من نشاط. كما نجد الطفل كثير البكاء لأقل الأسباب وينزعج لأتفه الأسباب ونراه غير مستقر ودائم الحركة كما يدفعه القلق إلى تصرفات غريبة او نكوصية يتراجع فيها الطفل إلى مراحل سابقه من النمو فنجده يلجأ إلى مص الأصابع وقضم الأظافر أو

التبول اللاإرادي بعد أن تعود على على ضبط عملية الإخراج والتبول والتحكم في المثانه، فضلا عن ظهور حركات عصبية لا ارادية.

الأسباب:

1- **فقدان الشعور بالأمن ويمثل عدم الشعور الداخلي بالأمن سببا لما يلي:**

أ - عدم الثبات وتقلب رأي الوالدين وذلك قلق مرتفع لأنهم يفتقدون الثبات.

ب - الكمال الزائد الذي يطلبه الوالدان من الأبناء أي توقعات الآباء تفوق قدرات الأبناء وهذا يطور حالة من الاضطراب والتوتر نتيجة لعدم الوصول إلى مستوى التوقعات.

ج - التسيب أو الإهمال ويؤدي إلى شعور الطفل بعدم الأمن فتنقص ثقته بنفسه.

د- النقد الدائم والمقارنة مع الأخوة أو الجيران أو الأقارب يؤدون إلى شعور شديد بالقلق.

و - الثقة الزائدة من قبل الراشدين تولد لدى الأطفال القلق.

2- **الشعور بالذنب إذ يصاب بالقلق عندما يشعرون أنهم لم يؤدوا الواجب وأنهم تصرفوا بطريقة غير صحيحة وهم يتوقعون العقاب.**

3- **تقليد الوالدين فالأب القلق يكون ابنه قلق ايضاً.**

الوقاية:

1- على الوالدين توضيح الأمور للأبناء بلغتهم حتى يسهل فهمها.

2- مساعدة الطفل على الشعور بالأمن والثقة بالذات.

3- أعطاء الطفل الحب والعطف والحنان.

4- تقبل تخيلات الطفل جميعا.

5- ينبغي أن بتعلم الأطفال التفكير بالأمر وعملة

6- تجاهل السلوك غير السوي وتعزيز السلوك السوي وتقبل الطفل كما هو.

العلاج:

1- تقبل الطفل واعطاءة شعورا بالطمأنينة: ـ فمن المهم أن يبقى الوالد هادئا عندما يصرخ الطفل وأيبكي. وألا يوجهان النقد له وعليه ايجاد جوا من الأمن والتفاؤل.

2- تدريب الطفل على الاسترخاء: أن القلق والاسترخاء لا يمكن، أن يوجدا معاً، ويمكن تدريب الأطفال على التنفس العميق وعلى إرخاء عضلاتهم والشعور بالاسترخاء التام.

3- استخدام التخيل الإيجابي والتنفس البطئ العميق و استعمال العد من واحد الى عشرة و دفع الحائط بيده لمدة 15 ثانية او السماع الى الموسيقى أو أخذ حمام دافئ.

4- تشجيع الطفل عن التعبير عن الانفعالات و ذلك عن طريق عقد اجتماعات أسرية يشجع فيها كل طفل على أن يتحدث عن أفكاره و اهتماماته.

4- يمكن للطفل أن يفرغ انفعالاته عن طريق اللعب وعن طريق رواية القصص حيث يقوم الطفل برواية قصة مخيفة أو غريبة ثم يقوم الأب برواية القصة بشكل إيجابي.

تاسعا: الخجل

مفهوم الخجل:

"هو الخوف الاجتماعي الذي ينطوي على مظاهر القلق في المواقف الاجتماعي، فيتجنب هذه المواقف بسبب التوتر والضيق والقلق."

علاقة الذات بالخجل:

"لا يتم التخلي عن الذات دون ثمن يؤديه من يقوم بهذا الدور، فلكي يكون الفرد خجولاً عليه أن يثبت تأثيره لذاته، الأمر الذي يجعله مكوناً هاماً من مكونات شخصيته لا محالة في حاله غير فعالة، لذلك يقوم هذا الفرد بتعريف ذاته وربما ذو إدراك منه، والطريق في هذا الأمر أن الشخص الخجول لا يخاف عدوان الآخرين عليه فقط، بل يخاف أيضاً بواعثه العدوانية الخاصة به فيقوم بستر هذه البواعث على نحو جيد، وينجح في إخفائها ليست عند الآخرين فقط.

والأطفال يتعلموا أن يكونوا خجولين سواءً أتمّ هذا التعلم عن طريق خوفهم المتكرر من الناس، أو بسبب عدم تمرسهم وميزتهم، بحيث لم تتح لهم الفرصة ليتعلموا الخجل إلا في حضور الغرباء، فإن بعض الأطفال أكثر حساسية وتعرضاً للخجل منذ الطفولة المبكرة ويتعرض اتزانهم إلى عدم فهم الذات، أي أن هناك علاقة كبيرة بين مفهوم الذات والخجل."

مشكلة مفهوم الذات وعلاقته بالخجل:

"إن المجتمع العربي لا يختلف وصفه عن المجتمعات الأخرى، حيث يعاني العديد من المشكلات الاجتماعية، ومن بينها مشكلة الأطفال التي أصبحت ظاهرة اجتماعية خطيرة منتشرة وملفتة للانتباه، وصارت تهدد الأمن الاجتماعي، وتنذر بمخاطر مستقبلية وخيمة على هذا الجيل والأجيال القادمة، وهذه المشكلة (الخجل) ليست وليدة الصدفة، إنما هي نتاج تغيرات شديدة، الأمر الذي أدى إلى تفاقم مشكلة مفهوم الذات، ومدى علاقته بالخجل ظهرت عند الأطفال بشكل واسع النطاق مما أجريت على هذه المشكلة دراسات متعددة ومتباينة، هدفت لمعرفة هذه المشكلة وتعديلها من حيث العمل على برامج الإرشاد التوافق الشخصي والاجتماعي لدى الأطفال."

أعراض الخجل:

ليست للخجل أعراضا دائمة. ولكن هذه الأعراض تظهر عند تعرض الخجول لموقف يعتبر غير مألوف لديه كمواجهة الغرباء أو سماع أقوال يصعب عليه متابعتها أو مشاهدة ما لم يألفه من صور وتصرفات كما يتسبب الخوف للخجول مجرد محاولة التحدث مع الآخرين أو التعرف إليهم، أما الأعراض التى تظهر على الخجول فهى تقسم الى ظاهرية وعضوية.

أ- الأعراض الظاهرية:

-ارتفاع جزئي في درجة الحرارة.

-احمرار الوجه والأذنين.

-الشعور بهروب الكلام.

- الإحساس بالسقوط بسبب الإغماء من شدة الخجل.

ب- الأعراض العضوية:

- ازدياد في سرعة نبضات القلب.
- جفاف في الحلق.
- ارتعاش في اليدين.

وبالرغم من أن الخجول يبذل المزيد من الجهد وأكثر مما يبذله الآخرين، فهو يظل غير مألوف حتى ولو كان باستطاعته تأدية ما يعجز عنه هؤلاءالآخرين من أعمال فكرية.

أشكال الخجل:

1- خجل مخالطة الآخرين:

يأخذ الخجل في الأعم شكل نفور من الزملاء أو الأقارب وامتناع أو تجنب الدخول في محاورات أو حديث، وتعمد الابتعاد عن أماكن وجودهم. وعادة يفضل الطفل أن يختلط بأطفال أصغر منه حيث لا يمثل مثل هؤلاء بالنسبة له أي اجتهاد في التفاعل أو قيادتهم، وأحيانا يخالط أطفالا يشبهونه في الخجل أو الانطواء، ويسهل على الطفل الخجول التعرف على من يشبهه في الخجل ويكون الحديث بينهم مقتضبا.

2- خجل الحديث:

يحبذ الطفل الخجول الالتزام بالصمت وعدم التحدث مع غيره وتقتصر إجابته على القبول أو الرفض أو إعلان عدم معرفة الأمور التي يسأل فيها، ولا ينظر في الغالب إلى من يحدثه وربما أبدى الانشغال عندما يوجه له الكلام أو أصبح زائغ النظرات لا يحسن تنسيق ما يقول أو ربطه بالرغم من أن يكون على علم بما يدور.ويستطيع الرد إلا أن الغالب عليه التلعثم والضعف،وهناك من الأطفال من يخجل أثناء الحديث عن بعض الموضوعات كالزواج.

3- خجل الاجتماعات:

وفي حالات نادرة يكتفي الطفل بالحديث مع أفراد الأسرة وبعض الزملاء في الحضانة أو المدرسة ويبتعد عن المشاركة في أي اجتماعات أو رحلات أو أنشطة رياضية

4- خجل المظهر:

هناك بعض المواقف التي يظهر فيهل الخجل لدى بعض الأطفال، كأن يخجل الطفل عندما يرتدي جديدا أو عندما يرتدي لباس البحر أو الأكل في المطاعم العامة أو أكل بعض الأشياء البسيطة أو حينما يقص شعره أو يغير طريقة تصفيفه، أو اللعب على مشهد من الكبار، أو عندما يأتي بحقيبة جديدة. وهو من أشد أنواع الخجل التي تظهر الطفل سوي أو غير سوي لأنه يتلاف ويبتعد عن جذب الانتباه .

5- خجل التفاعل مع الكبار:

يخجل بعض الأطفال حينما يبدأ حوار بينه وبين المدرسين أو مديرة المدرسة أو عندما يبتاع الطفل أشياء من البائعين.

6- خجل حضور الاحتفالات أو المناسبات:

هناك من الأطفال من يخجل من حضور الأفراح أو أعياد الميلاد أو حفلات النجاح، ويكون تفضيل العزلة والابتعاد عن مواقع هذه المناسبات وعدم الانخراط فيها خير مبادرة بالنسبة له.

أسباب الخجل عند الطفل:

1- مشاعر عدم الأمن التي تحدث نتيجة للحماية الزائدة أو الإهمال أو النقد أو التهديد.
2- تسمية الذات كخجول والتصرف على أساس ذلك وقبول الطفل بفكرة أنه خجول تجعله فعلا يشعر بالخجل بل وينغمر فيه نتيجة دعم الشعور بالنقص أي تعزيزه.
3- الوراثة أو الإعاقة الجسدية والشعور بالنقص الذي يعتري نفسية الطفل من أقوى مسببات الخجل ويكون هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية، وقد يعود هذا الشعور إلى ما يسميه الطفل عن نفسه منذ صغره من أنه دميم الشكل.

4-تقليد الأباء الخجولين ودعم الأباء، عادة يكون الأباء الخجولين لهم أطفال خجولين والعكس غير صحيح كما أن دعم الوالدين أو أحدهما لأسلوب التجنب من الأسباب الجوهرية حول هذا الأمر.

5- التأخر الدراسي، كثيرا ما نجد أن تأخر الطفل دراسيا وانخفاض مستوى تحصيله مقارنة لمن هم في مثل سنه من الأمور الجوهرية في إشعار الطفل بأنه أقل من أقرانه.وما يجب ألا ننساه هو أن التأخر الدراسي قد يؤدي إلى الخجل والعكس ليس صحيحاً دائماً.

6- إشعار الطفل بالتبعية، إن جعل الطفل تابعا للكبار وفرض الرقابة الشديدة عليه يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال،وكذلك اتخاذ القرارات المتعلقة بالصغير دون مشورته مثل لون ملابسه.

7- طلب الاقتراب من الكمال والتعزيز أمام الأقران، يلح بعض الأباء في طلب الكمال في أي شيء وكل شيء من أطفالهم في المشي والأكل وفي الدراسة وغفل هؤلاء الأباء عن أن السلوكيات يتعلمها الطفل بالتدريج.

8- تغيير الموطن، يكون لتغيير الموطن الخاص بالأسرة من بلد إلى بلد بعض الآثار منها تجنب بعض أطفال تلك الأسرة المجتمع الجديد الذي انتقلوا إليه نتيجة اختلاف عاداته وتقاليده وهو خجل مؤقت.

طرق علاج الخجل عند الطفل:

1- تعليم المهارات والعلاقات الاجتماعية وتدعيمها.

2- تقليل الحساسية من الخجل عن طريق الاسترخاء والتحصين التدريجي.

3- إشراك الطفل في مجموعات اللعب الموجه.

4-التحدث مع الذات للقضاء على المعتقدات السلبية وإحلال أفكار إيجابية مكانها ويسمى هذا الأسلوب بإعادة البناء المعرفي أو العلاج العقلي الانفعالي.

ونذكر بأن بعض الأطفال لديهم بطء في نسج علاقة مع الغرباء إلا أنهم يستجيبون للتفاعل بطريقة بطيئة، وربما عاد لك إلى رغبتهم في استكشاف هؤلاء الأغراب قبل الاندماج.

عاشراً: العدوان

يعتبر السلوك العدواني أحد الخصائص التي يتصف بها كثير من الأطفال المضطربين سلوكيا وانفعاليا، ومع أن العدوانية تعتبر سلوكا مألوفا في كل المجتمعات تقريبا، إلا أن هناك درجات من العدوانية، بعضها مقبول ومرغوب كالدفاع عن النفس، والدفاع عن حقوق الآخرين وغير ذلك وبعضها غير مقبول ويعتبر سلوكا هداما ومزعجا في كثير من الأحيان من هذا المنطلق فقد انصب اهتمام الباحثين على دراسة هذا السلوك، وذلك لأن النتائج المترتبة عليه تعد أكثر خطرا على المجتمع من النتائج المترتبة على نتائج السلوكيات الأخرى التي يتصف بها المضطربون سلوكيا وانفعاليا، ويعتبر الانسان من اكثر الكائنات تدميرا لبني جنسه واكثرها حبا واستمتاعا بممارسه القوه مع بني جنسه.

تعريف السلوك العدواني

هو أي سلوك يعبر عنه بأي رد فعل يهدف إلى إيقاع الأذى أو الألم بالذات أو بالآخرين، أو إلى تخريب ممتلكات الذات أو ممتلكات الآخرين، فالعدوان سلوك وليس انفعالا أو حاجة أو دافعا.

أشار كل من (ميلر ودنفر) إلى أن هناك خمسة محكات أساسية نستطيع من خلالها تعريف العدوانية وتحديدها، وهذه المحكات هي:

1- نمط السلوك.
2- شدة السلوك.
3- درجة الألم أو التلف الحاصل.
4- خصائص المعتدي.
5- نوايا المعتدي.

مظاهر السلوك العدواني:

يأخذ العدوان الأشكال الرئيسية التالية :

1 - العدوان الجسدي:

ويقصد به السلوك الجسدي المؤذي الموجه نحو الذات أو الآخرين، ويهدف إلى الإيذاء أو إلى خلق الشعور بالخوف، ومن الأمثلة على ذلك: الضرب، والدفع، والركل، وشد الشعر، والعض إلخ ..... وهذه السلوكيات ترافق غالبا نوبات الغضب الشديدة.

2- العدوان اللفظي

ويقف عند حدود الكلام الذي يرافق الغضب، والشتم، والسخرية، والتهديد، إلخ .... وذلك من أجل الإيذاء أو خلق جو من الخوف، وهو كذلك يمكن أن يكون موجها للذات أو للآخرين.

3- العدوان الرمزي:

ويشمل التعبير بطرق غير لفظية عن احتقار الأفراد لآخرين أو توجيه الإهانة لهم، كالامتناع عن النظر إلى الشخص الذي يكن العداء له، أو الامتناع عن تناول ما يقدمه له، أو النظر بطريقة ازدراء وتحقير.

وقد يأخذ العدوان شكلين آخرين وهما

1- العدوان الاجتماعي

ويشمل الأفعال المؤذية التي تهدف إلى ردع اعتداءات الآخرين.

2- العدوان اللاجتماعي

ويشمل الأفعال المؤذية التي يظلم بها الإنسان نفسه أو يظلم غيره.

وقد يكون العدوان مباشر أو غير مباشر

فالعدوان المباشر هو: الفعل العدواني الموجه نحو الشخص الذي أغضب المعتدي فتسبب في سلوك العدوان.

أما العدوان غير المباشر: فيتضمن الاعتداء على شخص بديل، وعدم توجيهه نحو الشخص الذي تسبب في غضب المعتدي، وغالبا ما يطلق على هذا النوع من العدوان اسم العدوان البديل.

وقد يكون العدوان متعمدا أو غير متعمد

فالعدوان المتعمد: يشير إلى الفعل الذي يقصد من ورائه إلحاق الأذى بالآخرين. **أما العدوان غير المتعمد:** فيشير إلى الفعل الذي لم يكن الهدف منه إيقاع الأذى بالآخرين، على الرغم من أنه قد انتهى عمليا بإيقاع الأذى أو إتلاف الممتلكات.

ويميز علماء النفس كذلك بين نوعين من العدوان وهما:

1- العدوان المعادي.

2- العدوان الوسيلي.

فالعدوان المعادي: موجه نحو الآخرين بهدف إلحاق الأذى والضرر بهم فقط أما العدوان الوسيلي: فيقوم به الطفل بدافع الحصول على شيء ما، أو استرداد شيء ما، وعادة ما يقوم الطفل بهذا النوع من العدوان عندما يشعر أن هناك ما يعترض سبيل تحقيقه لهدفه.

كما يذكر البعض ثلاثة أنواع من العدوان تلاحظ لدى الطلبة وهي:

1 - **عدوان ناتج عن استفزاز:** حيث يدافع الطالب عن نفسه ضد اعتداء أقرانه.

2- **عدوان ناتج عن غير استفزاز:** حيث يهدف الطالب من خلاله إلى السيطرة على أقرانه أو إزعاجهم أو إغاظتهم أو التسلط عليهم.

3- **عدوان مصحوب بنوبة غضب،** ويلجأ الطالب من خلاله إلى تحطيم الأشياء من حوله، ويبدو هنا كأنه لا يستطيع أن يضبط غضبه.

وأخيرا، لا بد أن هنا من الإشارة إلى العدوان السلبي، وهو العدوان الناتج عن التمرد على السلطة من أهل ومعلمين، حيث يشعر الطالب بأنهم ظالمون مستبدون، وأنه قد أسيئت معاملته من قبل هؤلاء المتحكمين، وهنا يخاف الطالب من الانتقام بشكل مباشر من مصادر السلطة، فليجأ إلى إظهار هذا العدوان على شكل خداع مبطن، كأن يتعمد إحضار الكتاب الخاطيء إلى الصف، أو تجاهل الواجبات المدرسية، إو إضاعة السطر أثناء القراءة، أو مقاطعة المعلم بشكل متكرر من أجل الذهاب إلى دورة المياه إلخ ....

أمّا (باترسون وآخرون) فقد وصفوا أشكال السلوك العدواني كالتالي:

1 - السب والاستهزاء، كأن يذكر الفرد الوقائع أو المعلومات بلجهة سلبية.

2- التحقير، وهو إطلاق العبارات والشتائم التي تنتقص من قيمة الطرف الآخر وتجعله موضعا للسخرية والضحك.

3- الاستفزاز بالحركات، كالركض في الغرفة أو الخبط على الأرض بقوة.

4_ السلبية الجسدية، كمهاجمة شخص لآخر لإلحاق الأذى به.

5- التدمير، وهو تدمير أشياء لآخرين وتخريبها.

6- التزمت بالآراء وطلب الإذعان الفوري من شخص آخر دون مناقشة.

أسباب العدوانية

اهتم علماء النفس بالعدوان وحاولوا تفسيره رغم اختلاف مدارسهم واتجاهاتهم، وعلى الرغم من هذا الاهتمام إلا أن تفسيرات علماء النفس حول هذا السلوك متباينة، ويرجع هذا التباين إلى الأطر النظرية التي تعتمد عليها كل نظرية أو مدرسة من مدارس علم النفس.

1- النظرية السلوكية

تنظر إلى السلوك العدواني على أنه سلوك تتعلمه العضوية، فإذا ضرب الولد شقيقه مثلا وحصل على ما يريد، فإنه سوف يكرر سلوكه العدواني هذا مرة أخرى لكي يحقق هدفا جديدا من هنا، فالعدوان هو سلوك يتعلمه الطفل لكي يحصل على شيء ما.

2- نظرية التحليل النفسي

يرى فرويد صاحب هذه المدرسة، أن سلوك العدوان ما هو إلا تعبير عن غريزة الموت، حيث يسعى الفرد إلى التدمير سواء تجاه نفسه أو تجاه الآخرين، حيث إن الطفل يولد بدافع عدواني، وتتعامل هذه النظرية كذلك مع سلوك العدوان بأنه استجابة غريزية وطرق التعبير عنها متعلمة، فهي تقول: بأنه لا يمكن إيقاف السلوك العدواني أو الحد منه من خلال الضوابط الاجتماعية أو تجنب الإحباط، ولكن ما نستطيع عمله فقط هو تحويل العدوان وتوجيهه نحو أهداف بناءة بدلا من الأهداف التخريبية والهدامة.

3- النظرية الفسيولوجية:

يعتبر ممثلو الاتجاه الفسيولوجي أن السلوك العدواني يظهر بدرجة أكبر عند الأفراد الذين لديهم تلف في الجهاز العصبي (التلف الدماغي)، ويرى فريق آخر بأن هذا السلوك ناتج عن هرمون التستستيرون حيث وجدت الدراسات بأنه كلما زادت نسبة هذا الهرمون في الدم، زادت نسبة حدوث السلوك العدواني.

4- نظرية الإحباط:

ترى هذه النظرية أن سلوك العدوان ينتج عن الإحباط، أي أن الإحباط هو السبب الذي يسبق أي سلوك عدواني، فالإنسان عندما يريد تحقيق هدف معين ويواجه عائقا يحول دون تحقيق الهدف، يتشكل لديه الإحباط الذي يدفعه إلى السلوك العدواني، لكي يحاول الوصول إلى هدفه أو الهدف الذي سيخفف عنده من مقدار الإحباط، وقد يكون هذا الإحباط ناتجا عن المعاقبة الشديدة غير الصحيحة للعدوان في المنزل، مما يسبب ظهور خارج المنزل مع هذا، فقد تبين بشكل واضح أن هذه النظرية غير كافية لتفسير جميع السلوكيات العدوانية.

5. نظرية التعلم الاجتماعي

ترى هذه النظرية بأن الأطفال يتعلمون سلوك العدوان عن طريق ملاحظة نماذج العدوان عند والديهم ومدرسيهم ورفاقهم، حتى النماذج التلفزيونية. ومن ثم يقومون بتقليدها، وتزيد احتمالية ممارستهم للعدوان إذا توفرت لهم الفرص لذلك فإذا عوقب الطفل على السلوك المقلد فإنه لا يميل إلى تقليده في المرات اللاحقة، أما إذا كوفئ عليه فسوف يزداد عدد مرات تقليده لهذا السلوك العدواني، هذه النظرية تعطي أهمية كبيرة لخبرات الطفل السابقة ولعوامل الدافعية المرتكزة على النتائج العدوانية المكتسبة، والدراسات تؤيد هذه النظرية بشكل كبير، مبينة أهمية التقليد والمحاكاة في اكتساب السلوك العدواني، حتى وإن لم يسبق هذا السلوك أي نوع من الإحباط.

العلاج المقترح للطفل العدواني

1- اشتراكه في إحدى الرياضات التي ممكن أن تفرغ الطاقة الموجوده فيه ولكن عليك اختيار مدرب يستطيع التعامل مع الأطفال ويعلمهم أهمية الرياضة ومتى يستخدمها.

2 - حاول أن توسع له دائرة صداقاته ليشعر انه محبوب.

3 - دعه يمارس هواياته كالرسم واستخدام الحاسوب.

4- إعطاءه الوقت الكافي ليعبر عن ذاته.

5- راقب تصرفاته واعرف الظروف التي يظهر بها العدوان.

6- استخدام التدعيم الإيجابي المستمر، لكل سلوك ليس فيه عدوان.

7- افهمه على الآثار السلبية للسلوك العدواني عليه وعلى أخوته وأصحابه.

احدى عشر: الغضب والعناد

تظهر على الأطفال قبل سن الخامسة مظاهر انفعالية مثل: ضجر، وغضب، واستثارة، قسوة، وعدوان، و كثرة بكاء، وعناد. ودلت الأبحاث على أنه كلما تقدم الطفل في السن، اتجهت الأعراض السابقة إلى الزوال، ودلت الأبحاث أيضا على أنه كلما كانت تلك الأعراض لا تزال مستمرة خصوصا بعد سن الخامسة اتجهت إلى الثبات، ومن ثم أصبحت مشكلة سلوكية؛ لذلك يمكننا أن نغض النظر - بلا قلق - عن تلك الأعراض الانفعالية للأطفال دون الخامسة؛ لأنها في حكم الظواهر السلوكية الطبيعية، ولكن يجب الاهتمام بتلك المظاهر بعد سن الخامسة، على أنها أعراض غير مطمئنة، نتجت عن سوء التكيف كالغضب الدائم، والعناد المستمر.

مظاهر الغضب وأسبابه في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة

في هاتين المرحلتين من حياة الطفل نجده يثور ويغضب، إذا لم تحقق له الأسرة رغباته، أو إذا فشل في جذب انتباه من حوله، كما يثور أثناء استحمامه أو خلع ثيابه وتبديلها، وتتفاوت مظاهر الغضب عند الأطفال دون الخامسة من: ضرب الأرض بالقدمين والرفس والقفز، ويصاحب هذه الأعراض البكاء والصراخ، أو قد يلجأون إلى العض على الأنامل أو جذب الشعر.

ودور الوالدين في هاتين المرحلتين من العمر يجب أن يهدف إلى مساعدة الطفل وتدريبه على ضبط انفعال الغضب والسيطرة عليه، ولكن ليس معنى ذلك أن يدرباه على ألا يغضب أبدا، حيث نصل به إلى درجة ملحوظة من السلبية والبلادة، بل يكون موقف الأبوين من الطفل موقف توجيه في الاتجاه السليم.

وأغلب أسباب غضب الأطفال في هاتين المرحلتين تعود إلى علاقة الأبوين بالطفل، وكذلك علاقته بأخواته، ومدى تحكم كل هؤلاء في تصرفاته، وفرض رغبات محددة تتصل بمواعيد ذهابه إلى الفراش، أو تناول طعام معين، أو بإتباع عادات صحية معين تتصل بالتبول أو التبرز أو تمشيط الشعر والاستحمام.

ومن الأسباب التي تؤدي إلى الانفعال والغضب هو إخفاق الطفل في قيامه بعمل من الأعمال، يرغب في انجازه ويحقق به ذاته.

وقد ينفجر الطفل غاضباً دون ما سبب واضح، ولكن إذا ما دققنا في البحث وجدنا أنه يهدف إلى جعل نفسه مركز الانتباه وبؤرة الاهتمام، بدلاً من ذلك المولود الجديد الذي نال الاهتمام والتدليل من الأسرة؛ خاصة من الأم.

وقد يكون سبب انفجار الطفل في البكاء والغضب بسبب خلل جسدي كالإصابة بالمغص أو نزلات البرد أو ارتفاع درجة الحرارة أو التهاب اللوزتين، الأمر الذي يحتم أن نعرف السبب الحقيقي للغضب والبكاء، حتى إذا ما تبين أن السبب جسماني، وجب على الأبوين عرضه على طبيب متخصص دون إبطاء.

مظاهر الغضب وأسبابه في مرحلتي الطفولة الوسطى والمتأخرة

تأخذ مظاهر الغضب بعد سن الخامسة شكل الاحتجاجات اللفظية، بينما قد يلجأ طفل التاسعة أو العاشرة إلى المقاومة السلبية التي تبدو في التمتمة بألفاظ غير مسموعة، كما أن بعض الأطفال إذا غضبوا لازمتهم الكآبة والميل إلى الانزواء، ويعتبر هذا المسلك من أخطر المسالك الضارة بالصحة النفسية للطفل، لأنه قد يدفعه نحو "التمركز حول الذات " والجنوح غير المستحب لأحلام اليقظة.

ويمكن تلخيص أساليب الغضب عند الأطفال بوجه عام في أسلوبين:

الأول: ايجابي، ويتميز بالثورة والصراخ، أو إتلاف الأشياء وهي أساليب ايجابية حيث يفرغ فيها الطفل الغاضب شحنة الغضب، ويعبر عنها بصورة ظاهرة، وهي فرصة طيبة لتفاهم الوالدين معه، والوصول إلى حلول مرضية، والكشف كذلك عن مواطن الأخطاء وبالتالي تصحيحها له.

الثاني: سلبي، ويتميز بالانسحاب والانزواء أو الإضراب عن تناول الطعام، وهذه أساليب سلبية لأنها تعتمد على الكبت، فالطفل الغاضب لا يفرغ شحناته الانفعالية، بل تظل تؤرقه دون أن يبوح لأحد، فيكره الحياة، وينسحب من الواقع، فيقع فريسة للأمراض النفسية؛ لذلك يلزم الآباء والأمهات أن ينتبهوا إلى أن الطفل الذي لا يعبر عن غضبه هو الذي يجب أن نوليه الرعاية؛ حتى يستطيع أن يعبر عن انفعالاته بوضوح، ثم نقوم بتهذيب وتقويم وإصلاح وسائل التعبير.

الجو الأسري وتأثيره على نوبات الغضب والعناد:

الأسرة هي البوتقة التي تصهر الطفل فتنقي سلوكه ورغباته من كل شائبة من شأنها أن تعيق صحته النفسية فيما بعد. والطفل الذي ينخفض معدل غضبه وعناده بشكل ملحوظ، هو طفل يعيش في جو أسري مستقر، ويتصف بأن كلا الوالدين يحب ويحترم الآخر، يهيئان له جو من الدفء العاطفي الذي يشبع حاجاته النفسية، وينميان قدراته ومهاراته التي حباه الله إياها، ويشعرانه بالأمن والاطمئنان والحب، لا يتناقضان في معاملتهما له فهذا يرفض وذاك يلبي، بل يعاملانه بثبات وفق قواعد ومعايير مقننة اتفقا عليها مسبقا.

أما الأسرة التي تسودها التوترات الانفعالية الشديدة، والثورة والهياج لأقل الأسباب، وسوء العلاقة بين الزوجين، وعدم القدرة على تجاوز الخلافات والمشكلات، وأحيانا عدم التعاون والسلبية بينهما حول أسلوب تربية الطفل؛ فالأب يقسو والأم تدلل، وكل هذه العوامل تؤدي بالطفل إلى توتره واضطرابه، الذي يأخذ صورة نوبات الغضب والعناد والبكاء.

كيف يستخدم الأطفال أسلحة الغضب والعناد في مواجهة سلطة الأبوين؟

ينبغي أن تكون سلطة الأبوين في تقويم سلوك الطفل وتوجيهه ثابتة غير متناقضة. فماذا سيكون الحال لو أن الأب أجاب رغبات طفله، والأم رفضت تلبية هذه الرغبات ؟

من المتوقع أن يلجأ إلى نوبات الغضب والبكاء، ثم سيلجأ إلى الطرف الآخر مستدرا حمايته على أمل أن يجيبه إلى ما يريد، في هذه الحالة تجاب رغباته تحت تهديد سلاح الغضب والعناد، فيتعلم الطفل أنه كلما أراد تحقيق شيْ وقوبل بالرفض، فعليه أن يلجأ إلى سلاحه الفعال؛ لأنه يتوقع أن التراجع سيكون شيمة أبويه كليهما أو أحدهما، ثم يبدأ الطفل في تعميم سلوكه هذا في محاولة منه للسيطرة على البيئة الخارجية بالطريقة نفسها، وهنا تكمن الخطورة الحقيقية؛ إذ سيصبح الانفعال بالغضب والعناد أسلوبه اللاشعوري، الذي سيلجأ إليه في حل مشاكله حتى في الكبر مما يعرضه للمساءلة ووسائل العقاب، التي يشهرها المجتمع إزاء الخارجين عن معاييره وقوانينه ولوائحه. ويجب أن نلاحظ أن بعض الأطفال لا يستخدمون سلاحهم هذا إلا مع من سبق ونجح معهم هذا الأسلوب.

وهناك نوع آخر من الأطفال يتعمدون إحراج آبائهم بالصراخ والبكاء والعناد لتحقيق رغباتهم، خصوصا أمام الضيوف أو الأقارب لأنهم يشعرون أن هؤلاء سيشفعون لهم لدى آبائهم.

كل هذه الحيل يلجأ إليها الطفل اعتمادا على خبرة مسبقة في تعامله مع أبويه؛ لأنه يدرك تماما حدود والديه وطبيعتهما في التعامل مع غضبه وعناده، فنراه يستخدم سلاحه السحري مع الشخص المناسب وفي الوقت الملائم تماما.

تعدد سلطات الضبط والتوجيه، وأثرهما على نوبات الغضب والعناد:

من المؤكد أن تعدد سلطات الضبط والتوجيه لسلوك الطفل يؤدي حتما إلى ارتباك الطفل وثورته وغضبه وعناده، ويحدث هذا في الغالب عندما يعيش الطفل في منزل العائلة الذي يضم الجد والجدة، والأعمام، والإخوة الكبار بالإضافة إلى الوالدين، ويكون بالطبع لكل منهم سلطة توجيه الطفل ونقده، وكل منهم يرى

أسلوبا معينا لتحديد السلوك وطبيعته وماهيته، والطفل في مثل هذه الأجواء العائلية يشعر بالارتباك وبتعدد السلطة الضابطة.

فالأم في هذا الجو تقوم بتقويم سلوك الطفل برؤيتها الخاصة، فهي ترفض تماما إجابة طلباته تحت تهديد الصراخ والبكاء، بينما ترى جدته عكس ذلك، فهي تتدخل فتنتهر ابنتها على معاملتها التي تتسم بالقسوة (من وجهة نظرها)؛ فتحنو على الطفل وتجيب طلباته.

ومعنى ذلك أن الطفل يعيش في بيئة تعددت فيها السلطات، وقد يؤدي ذلك إلى شعور الطفل بالقلق النفسي، وعدم الاطمئنان إلى تحقيق رغباته لتضارب استجابات أفراد العائلة إزاءها، مما يجعله يلجأ إلى نوبات الغضب كوسيلة للسيطرة على البيئة وعلى اعتراضات بعض أفرادها نحو مطالبه. إن تضارب السلطات الضابطة بين التشدد واللين يجعلها ضعيفة بكل تأكيد.

غضب الآباء ينعكس سلبا على الأبناء:

أدى تعرض الآباء للمشكلات الخارجية، والضغوط النفسية نتيجة لإيقاع الحياة السريع الصاخب، إلى افتقار معظم الأسر للهدوء والسكينة والاتزان الانفعالي؛ حتى أن الزوجة التي تشارك زوجها وتقاسمه أعباء العمل خارج المنزل، ثم الأعباء التي تنتظرها أيضا لدى عودتها إلى المنزل، كل هذا جعلها في شبه ثورة انفعالية، نتيجة للشحن النفسي والمعنوي السلبي الذي تتعرض له.

هذه الأوضاع الأسرية التي فرضتها تلك الظروف البيئية الاقتصادية والاجتماعية جعلت السمة البارزة للوالدين هي العصبية المفرطة، والغضب الشديد، سواء في تعاملات كل منهما الآخر أو في تعاملاتهم مع أبنائهما. هذا بالإضافة إلى أن بعض الآباء لديهم الاستعداد النفسي للعصبية المرضية، التي تجعلهم يثورون لأتفه الأسباب؛ مما يؤدي إلى شجار دائم داخل المنزل.

كذلك فأن عدم التوافق بين الزوجين سواء العاطفي أو الوجداني أو الفكري يدعم مبدأ العصبية السائدة في علاقتهما أصلا

فتنعدم بالتالي فرص الالتقاء على قرار معين، فيعم التوتر أجواء الوسط الأسري. كل هذا ينتقل بالتالي إلى الأبناء لأنهم في حقيقة الأمر يقتدون بالأبوين، ومن ثم ينقلون عنهم الغضب والعصبية والتوتر وسرعة الاستثارة. وعلى ذلك لابد أن نشير إلى أنه يتحتم على الآباء نسيان مشاكلهم، التي يواجهونها خارج المنزل، حتى ينال الأطفال القسط الوافر والضروري من الهدوء والسكينة والاتزان.

وعلى الآباء أن يدركوا أن الطفل الذي يعاني من القسوة والاضطهاد، وفقدان الأمن والطمأنينة والحرمان من الدفء العاطفي، يفشل في تكيفه السوي دراسيا واجتماعيا ونفسيا سواء داخل المنزل أو خارجه، فقد يفشل في مسايرة أقرانه فيتأخر عنهم في التحصيل، وقد يتحول من طفل وديع مسالم إلى آخر يدبر المكائد لإخوته وأقرانه، بل وللمعلم ذاته – لأنه يرى فيه صورة متطابقة من أبيه صاحب السلطة والقسوة والنفوذ – فنراه يكيل الافتراءات، ويختلق الأكاذيب حول شخصيته وسلوكه بدافع الانتقام والتشفي.

الإفراط في تدليل الأطفال، وأثره على نوبات الغضب والعناد:

يؤدي تدليل الأبوين للطفل إلى ظهور نوبات الغضب والعناد، والتدليل ينطوي على إجابة كل مطالبه ورغباته الممكن منها وغير الممكن، والمهم منها وغير المهم، وعلى ذلك فالطفل لا يتعود تأجيل هذه المطالب والرغبات.

وفي تطور آخر، يتوقع الطفل أن البيئة سوف تجيبه أيضا إلى ما يصبو وما يريد، فيعتقد مثلا إن المدرسة سوف تجيبه إلى ما يريد من رغبات دون تباطؤ أو تأجيل كما كانت تفعل أسرته، ولكن حينما تقابل رغباته بنوع من المنع أو الإعاقة تكون الصدمة شديدة وقاسية، ولها مضارها النفسية العميقة؛ فيلجأ الطفل بطبيعة الحال إلى أساليب الغضب والعناد والتوتر. وتدليل الأطفال وإيثارهم على نحو مبالغ فيه يعني أننا لا نؤهلهم التأهيل الصحيح لمجابهة الحياة بكل مصاعبها.

وتعرض الطفل لقدر يسير من "الإحباط" –الذي يقصد به تأجيل بعض المطالب والرغبات لتشبع في حينها، حيث إننا لا يمكننا أن نتصور حياة بلا إحباط، أو لا يمكننا أن نتخيل أنه يمكننا تحقيق كل مطالبنا ورغباتنا في وقت واحد – يفيده على

مواجهة الحياة. كما أن هذا التأجيل يقوي في الطفل جهاز "الأنا " (ego) حسب نظرية التحليل النفسي "لفرويد"؛ حيث أن الأنا هو الجهاز الذي يكبح جماح الشهوات والغرائز، والمسئول عن تأجيلها إلى الوقت المناسب لتشبع في حينها، فيتكيف الفرد تكيفا سليما مع البيئة الخارجية المحيطة به.

والطفل المدلل يشب فردا أنانيا يرى نفسه فقط، ولا يستطيع أن يدخل الآخرين في حيز حياته أو اعتباره، يثور ويغضب كلما عجز عن تحقيق رغباته وأهوائه، يتمركز حول ذاته، مقتنعا بان الكل سيلبي ما يريده، ولن يجرؤ كائن من كان في أن يقول له "لا" فيشب شخصا هش التكوين، لا يستطيع أن يواجه صعوبات الحياة التي تحتاج إلى أشخاص يواجهون المشكلات الحياتية بشجاعة وإصرار، يحاولون مرارا وتكرارا، يفشلون مرة ومرات، دون أن تثبط لهم عزيمة، يرون مغريات الحياة فيغضون الطرف عنها؛ مفضلين دائما إيثار القيم والمبادئ التي تعلموها، ونشأوا في كنفها بمثابة ضوابط داخلية وخارجية للسلوك.

العناد إحدى وسائل إثبات الذات لدى الأطفال:

الأطفال جميعا يمرون بفترة من عمرهم، يميلون فيها إلى "إثبات الذات " وأحد مظاهره "العناد"، ويقرر العلماء أن الطفل الذي لا يمر بفترة يثبت فيها ذاته وشخصيته هو طفل غير سوي. والعناد الطبيعي غير المبالغ فيه مرحلة طبيعية من مراحل النمو النفسي للطفل، وله أهمية كبيرة في حياة الطفل، نوجزها في التالي:

❖يساعد الطفل على الاستقرار واكتشافه الفريد لنفسه.

❖يساعد الطفل على إدراك انه شخص له كيان وذات مستقلان عن الآخرين.

❖يكتشف الطفل أن له إرادة حرة، وهذا يكسبه صفات الفردية والاستقلال.

ومع مرور الوقت، ووصولا إلى مرحلة النضج يكتشف الطفل أن العناد والتحدي، ليسا هما الطريقين السويين لتحقيق مطالبه وغاياته بما يحقق له الرضا والسعادة، فيتعلم العادات الاجتماعية السوية في الأخذ والعطاء، ويتفهم أن التعاون يفتح له آفاقا جديدة في الحب والإيثار، وعلى الأخص لو كان الأبوان يعاملان الطفل بالمرونة والتفاهم والمودة.

والطفل ينتقل من مرحلة العناد والتشبث إلى مرحلة الاستقلال النفسي في الفترة من الرابعة إلى السادسة من عمره، وكلما كان الأبوان على درجة مقبولة من الصبر والتفاهم مع الطفل، ساعداه على اجتياز هذه المرحلة بسلام.

والأم التي تتصف بشدة الحزم، وتتعامل مع أطفالها بأسلوب صارم لا يخلو من الأوامر والنواهي فان أطفالها يقلدونها، ومن ثم يلجأون إلى العناد والتصميم مثلها تماما.

فليكن تعاملنا مع الأطفال تعاملا يحقق ذاتيتهم، ويساعدهم في تطوير ونمو شخصياتهم على نحو سوي، ونؤكد أن إرغام الطفل على الطاعة العمياء، ليس بالقطع هو الطريق الوحيد لحل كافة المشكلات معه، بل نرى أن المرونة، وإتباع أسلوب التحاور والتربية الاستقلالية الموجهة، وإشاعة جو من الدفء العاطفي كلها عوامل تحول بينه وبين الغضب أو العناد.

حتى نجنب أطفالنا مخاطر الغضب والعناد يجب أن يحافظ الآباء قدر المستطاع على هدوئهم واتزانهم الانفعالي إزاء ثورة الغضب التي يمر بها الطفل، وإذا كان من حق الطفل أن يعبر عما يجيش بصدره من غضب، فلا يكون بالبكاء أو الغضب أو العناد لذلك ينبغي أن يطلب من الطفل إن يتحدث بصراحة عما يغضبه ويؤرقه ويفسد صفوه، وأن يؤكدوا له بعد الانتهاء من ثورته الانفعالية وغضبه، أنه على الرغم من كل ذلك فانه ما يزال الابن المحبوب، ذلك ليعلموه التسامح والعفو عند المقدرة.

يتحتم على الآباء أن يكونوا القدوة الصالحة، والمثل الأعلى لأطفالهم، ولهذا ينبغي أن يتحلوا بالصبر واللين ونفاذ البصيرة، وأن يقلعوا تماما عن عصبيتهم وثورتهم أثناء تعاملهم مع أطفالهم حتى لايقلدهم أبناؤهم، مع التحلي بالمقدرة على حل المشكلات في الوقت المناسب، وبأكبر قدر ممكن مع المعقولية والقبول، حلولا يسودها المحبة والعدل والتفاهم.

أن يحذر الآباء من تلبية رغبات أطفالهم تحت تهديد البكاء أو الغضب أو العناد، فلا ينبغي أن يثاب الطفل بحجة حدة الطبع لأن الإثابة أو المكافأة لا تعطى أو تمنح إلا عندما يظهر الطفل سلوكا سويا متزنا، خاليا من الغضب أو العناد وبذلك يتعلم

الطفل إن السلوك الطيب، والطبع الهادئ، والخلق القويم إنما هي الأسلحة الصحيحة والسوية لنيل ما ينبغي وما يريد.

تحذر أيضا من تدخل الآباء تدخل مباشرا في شئون أبنائهم، كأن يحددوا مثلا مواعيد الطعام أو النوم أو الاستذكار، دون مراعاة لظروف الطفل وإمكاناته واستعداداته ورغباته، والأصوب أن يتدخل الآباء بأسلوب مرن، متزن، مقنن. وليتذكر الآباء أن الطاعة العمياء كنظام ينبغي تطبيقه، لا يخلق طفلا ذا شخصية قوية، مستقلة، واثقة. بل يخلق منه شخصا خائرا، واهنا، ضعيفا، وهذا بالقطع ما نخشاه، لذلك على الآباء الإقلال من رصد تحركاتهم أو تصرفاتهم؛ حتى لا يشعروا بكابوس السلطة الوالدية؛ فالحرية الموجهة، المسئولة، هي أعظم ما يمكن أن يقدمه الآباء إلى أبنائهم.

الحذر من مناقشة مشكلات الطفل أمام الغرباء، سواء من الأهل أو المقربين أو الأصدقاء، بل نحذر من مناقشة تصرفاتهم ومساوئهم في حضورهم، أو على مسمع منهم، كما لا يجوز استعمال العنف أو القسوة أو حتى النقد العابر لإرغام الطفل على الطاعة والهدوء.

الفصل الخامس

مشكلات عدم التكيف النفسي الاجتماعي

- مقدمة.
- طبيعة الاضطرابات السلوكية الاجتماعية.
- السلوك اللااجتماعي.
- اضطراب التجنب الاجتماعي.
- التوافق الاجتماعي.
- أهم المشكلات والاضطرابات النفسية الاجتماعية التي قد تعترض الطفل.

*الكذب.

*السرقة.

*التخريب.

الفصل الخامس

مشكلات عدم التكيف النفسي والاجتماعي لطفل الروضة

مقدمة:

يواجه الآباء والأمهات والقائمين على عملية التنشئة الاجتماعية أطفالا لديهم مجموعه من المشاكل السلوكية والنفسية المرتبطة بعدم الشعور بالأمن كالخوف والقلق والخجل والاستحواذ ومشاكل السلوك غير الناضج كالنشاط الزائد والفوضوية وأحلام اليقظة والأنانية والغيرة والتمركز حول الذات. ومشاكل نمائية وخاصة تلك التي تتعلق بنمو الطفل والإعاقات الأخرى المصاحبة له.

ويواجهوا مشاكل في اضطراب العادات كمص الإبهام وقضم الأظافر والتبول اللاإرادي، واضطراب النوم ومشكلات العلاقة مع الأقران والرفاق كالعدوانية والتنافس والعزلة الاجتماعية والصحبة السيئة كما إن هنالك السلوكيات اللاإجتماعية كالعصيان، والغضب والسرقة والغش والكلام البذيء والتخريب والهروب من المدرسة أو البيت.فضلا عن مشكلات أخرى، كتناول العقاقيرأو المخدرات وضعف الدافعية للدراسة.

إن تكرار هذه السلوكيات يؤدي إلى قلق الوالدين والمربين والمعلمين ويثير مخاوفهم مما يفرض عليهم ضرورة التعرف على مظاهرها ومسبباتها والعوامل التي تؤثر فيها وطرق تعديلها.

إن السلوك المشكل كغيره من السلوكيات يمكن تعلمه وتعديله وفق مبادئ التعلم المختلفة، لذا فقد تم عرض بعض المشاكل النفسية والسلوكية للطفل في هذا البحث من حيث أسبابها ومظاهرها.

ومن الجدير بالذكر إن التكاليف الشخصية وغير المالية لمثل هذه المشكلات تعد تكاليف باهظة أيضا مثل التكاليف المادية حيث تمثل كل قصة تراجيديا شخصية يثار من جرائها التعاطف للطفل أو المرهق ذي الاضطراب السلوكي بسهولة عن طريق التعرف على التفاصيل في المواقف الشخصية وتأثيرها علية والتي تلعب دورا

أساسيا في حدوث الاضطرابات السلوكية، إلا أن مثل هذا التعاطف غالبا ما يتلاشى خاصة إذا ما عدنا إلى ضحايا مثل تلك الأفعال المضادة للمجتمع الذين تسوقهم ظروفهم السيئة وحظهم العاثر للالتحام معهم فيتعرضون للضرب جراء مثل هذه الأفعال بأي طريقة أخرى. فهل نتعاطف في هذا الإطار مع من يقوم باغتصاب أنثى بريئة أم نتعاطف مع تلك المسكينة سيئة الحظ؟

وتزداد أهمية دراسة الاضطرابات السلوكية وخاصة في ظل غياب الأساليب العلاجية الفعالة التي يمكن أن نلمس نتائجها وآثارها بوضوح مما يثير لدينا الرغبة الجامحة في إيجاد الحلول المناسبة لمثل هذه المشكلات عن طريق فهم طبيعة اختلال الأداء الوظيفي، وتحديد الخطوات التي ينبغي أن نبدأ في تنفيذها مما يسهم في تحجيم مثل هذه الاضطرابات خلال فترة زمنية معينه.

طبيعة الاضطرابات السلوكية الاجتماعية:

تتضمن السلوكية المضادة للمجتمع مدى كبيرا من الأنشطة التي تصدر عن الأطفال والمراهقين كالأفعال العدوانية، والسرقة، والتخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة vandalism و إشعال الحرائق، والكذب، والهروب من المنزل.

وعلى الرغم من تعدد وتنوع هذه السلوكيات فإنها غالبا ما تحدث مع بعضها البعض. وعلى هذا الأساس نجد انه من المحتمل بالنسبة للأطفال العدوانيين وان تصدر عنهم بعض هذه السلوكيات الأخرى المضادة للمجتمع إلى جانب سلوكهم العدواني. ومن هذه السلوكيات جميعا تخرق القواعد الاجتماعية وتوقعات الآخرين، كما يعكس معظمها أفعالا توجه ضد البيئة سواء المادية بما تتضمنه من ممتلكات، أو الاجتماعية بما تتضمنه من الأفراد.

وهناك العديد من المصطلحات التي تستخدم للدلالة على السلوكيات المضادة للمجتمع وتتضمن التمثيل الذي يستجيب به الفرد لاحباطاته كتنفيس لهاout acting والسلوك المنسوب لعوامل خارجية externalizing واضطراب السلوك، ومشكلات السلوك، والجنوح. ومن بين هذه المصطلحات يوجد مصطلحان يجب أن نوجه لهما اهتمامنا هما السلوك المضاد للمجتمع والاضطراب السلوكي، حيث يعبر السلوك

المضاد للمجتمع لنشير به إلى أي نمط سلوكي يمثل أو يعكس خرقا لقاعدة اجتماعية ما، أو الأفعال المعينة التي توجه ضد الآخرين، أو كليهما معا مثل (العراك، أو الشجار، والكذب).

السلوك اللاإجتماعي ANTISOCIAL BEHAVIOUR

تعد مشكلات السلوك اللاإجتماعي من أهم المشكلات التي نواجهها في مرحلة الطفولة، فالأفعال اللاإجتماعية من الأشياء الشائعة والمرئية والتي تؤثر تأثيرا يمتد على نطاق واسع بين الناس. وتعتبر من الأمراض المستوطنة وبذلك تكون الأساس للتشريعات والقوانين التي تبيح التدخل في حياة الأطفال بطريقة رسمية، لأنها تعرض البنية الاجتماعية لكثير من الأخطار.

إن غالبية المشكلات التي يتم التعرض إليها ذات طابع شخصي، بمعنى أنها تؤدي إلى مشكلات خاصة بالأفراد. وهذه الأفعال اللاإجتماعية تهدد امن وممتلكات الآخرين بطريقة مباشرة بجانب تأثيرها على بعض الأفكار العامة المتعلقة بتحضر المجتمع ورقية.

يكتسب غالبية الأطفال مهارات التكيف الاجتماعي أثناء نموهم في بيئة اجتماعية عادية غير إن البعض يجد صعوبة في اكتساب الحد الأدنى من تلك المهارات، وقد يعزى ذلك إلى النقص الشديد في الذكاء أو الحرمان الثقافي الاجتماعي. وكلما زاد تعقد المجتمع تزداد مشكلة هؤلاء الأطفال. ويتوقف ما يسمى بالكفاءة الاجتماعية الأساسية على السياق الاجتماعي الذي ينمو فيه الطفل، ومثل هذه المتطلبات الاجتماعية تتنوع تنوعاً واضحاً بين المجتمعات وداخلها.

اضطراب التجنب الاجتماعي

يبدو اضطراب التجنب الاجتماعي Avoidance في امتناع عضو الأسرة عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين نتيجة شعوره بعدم الكفاية أو النقص، والحساسية الزائدة من نقدهم أو تقييمهم السلبي له. إن هذه المؤشرات الثلاث (الامتناع عن التعامل مع الناس والشعور بالنقص ثم الحساسية المفرطة من التقييم السلبي)،هي في الواقع أعراض رئيسية مباشرة يمكن بها للمختص أو المعالج النفسي الاجتماعي (وكذا

الإنسان العادي) تشخيص هذا الاضطراب لدى احد أعضاء الأسرة (إن وجد)، أو أفراد التلاميذ في الغرف الدراسية كما هو الأمر مع المعلمين.

التوافق الاجتماعي (Social Adjustment)

مفهوم التوافق:

التوافق هو الأسلوب الذي بواسطته يصبح الشخص أكثر كفاءة من علاقته مع بيئته إذا اصطدمت رغبات الفرد مع المجتمع مما يؤدي إلى خلق عقبات في سبيل إرضاء دوافعه كما في حالات الصراع النفسي أو المشكلات الخلقية، فإن الفرد من اجل استعادة الانسجام مع غيره من الأفراد عليه أن يعدل من سلوكه، إما بإتباع التقاليد والخضوع للالتزامات الاجتماعية أو يغير من عاداته واتجاهات ليوائم الجماعة التي يعيش بينها. هذه الحالة هي ما تطلق عليها (توافق اجتماعي). (محمد، 2004).

أبعاد التوافق الاجتماعي:

يرتبط في هذا المتغير الأبعاد التالية:

1- وجود العلاقات التوافقية وروابط الصداقة المتبادلة بين الذكور والإناث ومع الآخرين عموماً.
2- كثرة التعرض لنقد الآخرين والشكوى من قلة الأصدقاء وعدم القدرة على اكتسابهم، ووجود المخاوف واللوم الذاتي.
3- عدم القدرة على التكيف والتفاهم مع الآخرين وكثرة الجدل معهم والبدء بالكلام مع الناس ومبادرتهم في بناء الصلات.
4- الخجل والارتباك والشعور بعدم الارتياح لوجود أشخاص آخرين ومقدار الصراحة في مواجهة المواقف والناس واختيار نوعية الأصدقاء أكثر الاهتمام من بعددهم الكمي.
5- الانسحاب والانطواء والعزلة وعدم المشاركة في النشاطات الاجتماعية وضعف الثقة بالنفس.
6- عدم الاستفادة من أوقات الفراغ بنشاطات مفيدة ومثمرة، والاهتمام أو عدم الاهتمام في أداء الأدوار القيادية.

7- وجود روح السيطرة والعدوان.

المشاكل والاضطرابات النفسية الاجتماعية التي قد تعترض الطفل:

من الممكن أن يصاب الطفل بأمراض الشخصية، كالشخصية التجنبية والشخصية المعارضة التي تتسم بالعصيان والتمرد والعناد وإثارة الآخرين واضطراب السلوك كعمل تصرفات غير لائقة مثل انتهاك حقوق الآخرين والتخريب وإشعال الحرائق والسرقة والكذب والهروب من المدرسة كذلك ظهور بعض العادات غير المستحبة.

فيما يلي استعراض لبعض هذه المشاكل وما هي أسبابها وكيف يمكن معالجتها؟

اولاً: الكذب

لماذا يكذب الأطفال ؟؟.....هل كل طفل يكذب ؟؟!

الكذب: هو عدم قول الحقيقة، أو إضافة معلومات غير صحيحة، بنية الغش والخداع لشخص أخر، بقصد الحصول على فائدة ما أو الهروب من موقف غير سار أو أشياء مزعجة.

الكذب: أهمية بالغة من الناحية النفسية، فهو شائع بين الأطفال، ويميز بياجه(Piaget) بين ثلاث مراحل لمعتقدات الأطفال حول الكذب.

ففي المرحلة الأولى: يعتقد الطفل بان الكذب خطأ لأنه موضوع تتم معاقبته من قبل الكبار، ولو تمَّ إلغاء العقاب لأصبح الكذب مقبولاً.

وفي المرحلة الثانية: يصبح الكذب شيئاً خاطئاً بحد ذاته، ويظل كذلك حتى ولو تمَّ إلغاء العقوبة.

وفي المرحلة الثالثة: "الكذب خطأ لأنه يتعارض مع التعاطف والاحترام المتبادل.

وهناك ما يسمى بالكذب المزمن:

هو حالة قد يجد فيها الطفل أو الحدث نفسه مدفوعاً إلى الكذب لا شعورياً فيكذب في أغلب المواقف ويعرف عنه انه كاذب دائماً. ويكون الطفل عادة غير ناجح في حياته المدرسية ويعاني شعوراً بالنقص. وشعوراً بعدم القبول سواء من الأسرة أو من اقرانه لاتصافه بالكذب.ومن شدة الشعور بالنقص مع العجز في النجاح قد يلجأ إلى

السرقة – في أغلب الأحيان – ليحقق رغبته الشديدة في النجاح أو في تحقيق أهدفه كطفل.

الكذب وعلاقته بطفل الروضة :

إن الآباء والمعلمة يشعرون بأن عادة الكذب عند الأطفال وعدم التزام الأطفال الصدق في أقوالهم أو سلوكهم عادة سيئة جداً فيلجأ البعض معاقبة الطفل معاقبة شديدة وهناك فريق لا يهتم للكذب عند الطفل. والواقع أن كلا الفريقين متطرف في سلوكه ؛فالطفل في مرحلة ما قبل المدرسة يجد صعوبة في التمييز بين الواقع والخيال فقد يتخيل أنه يستطيع أن يؤثر في الأحداث من خلال التطبيق السحري لما يدور في حياته وقد يتخيل رفاقاً خياليين من الناس أو الحيوانات مما يشكل ظاهرة مثيرة للاهتمام عند الأطفال في هذه المرحلة ويتمتع هؤلاء الرفاق الخياليون عنده بالحيوية والواقعية كغيرهم من الناس الحقيقيين الذين يعيش معهم الطفل وفي هذه الحالة من الضروري أن يلجأ الآباء والمربون إلى التوبيخ أو التخويف.

فالطفل يستخدم الخيال كوسيلة لاكتشاف الأوضاع والعلاقات التي تسبب له القلق أو التي يشعر حيالها بعدم الأمن.

وتحفز عوامل الكذب عند الأطفال بما يأتي :

- **تقليد الكبار:** يتعلم الطفل الكذب عن طريق تقليد الكبار فقد يجد الطفل الأم تكذب فقد تطلب منه على سبيل المثال أن يقول لزائرها : أنها غير موجودة.

وقد تقدم المعلمة للطفل وعداً بأنها ستعطيه جائزة إذا أدى عملاً معيناً وإذا قام بهذا العمل لا تقدم له الجائزة فالطفل يقتدي بمثل هذا السلوك.

- سعة خيال الطفل وعدم قدرته على التميز بين الواقع والخيال فكثيراً ما يقص الطفل على أمه أو معلمته قصة خياليه على أنها حقيقة ولكنها في الحقيقة من نسج خياله.
- الدفاع عن النفس، قد يدافع الطفل بالكذب عن نفسه لتجنب العقاب الشديد فالخوف يجعل الطفل يلجأ إلى شتى السبل التي يمكن أن تنجيه، وأسهل تلك الطرق الكذب.

- الشعور بالنقص، قد يشعر الطفل بالنقص الجسمي، أو النفسي أو الاجتماعي فيدفعه ذلك إلى إتباع الحيل والأساليب الملتوية ومن بينها الكذب.
- الغيرة الشديدة من احد أخوانه أو احد زملائه في الروضة قد تدفعه إلى إلصاق التهم بالطفل الذي يغار منه.
- شعور الطفل بعدم ثقة الكبار وعدم تصديقهم كل ما يقوله لذلك يلجأ إلى الكذب.
- عدم شعور الطفل بالأمن والاستقرار داخل الأسرة لوجود علاقات سيئة بين الوالدين أو أفراد الأسرة يتسبب في لجوء الطفل إلى الكذب.
- الرغبة في تحقيق بعض الرغبات التي لا يمكن تحقيقها بالوسائل العادية كأن يطلب من والده لعبة ما ويدعي أن المربية طلبت منه شراؤها.
- رغبة الطفل بإشباع بعض الرغبات مثل إدعائه أنه قد حصل على لعبة وهو لم يستطع الحصول عليها في الواقع.

أشكال الكذب:

يأخذ الكذب عند الأطفال عدة أشكال منها:

1- **الكذب الخيالي أو الإيهامي:** إن القصص الخيالية التي يقصها الأطفال من نسج خيالهم ووحي إلهامهم من حكايات وظناً منه أنها حقيقة وواقع، وإذا حكمنا على الطفل الذي يصدر منه هذا النوع من الكلام بأنه كاذب، كان ذلك كحكمنا على الشاعر، أو الروائي أو المسامر بأنه كاذب في المادة التي يأتينا بها بمساعدة خيالة الخصب ولسانه الذلق.

ومما يريح نفوس الآباء والمدرسين أن يعلموا أن هذا ليس إلا نوعاً من أنواع اللعب يتسلى به الأطفال. وعند كشف هذه القوة الخيالية الرائعة يحسن توجيهها، والاستفادة منها. وعند اكتشاف هذه المقدرة في نفوس الأطفال ينبغي أن نحسن نحن توجيهها ونستفيد منها وذلك كفيل بجعله موهبة في فنون الأدب وإذا لم يتيسر ذلك فإن طبيعة نموه وسنه كفيلة بالقضاء على هذه المشكلة وعلى المربين أن يشعروا الطفل بأن حديثه هذا ضرباً من الخيال؛ ولكن بدون جرح لأحاسيسه أو الاستهزاء بها فهذا

يحطم موهبة الطفل ويضعف شخصيته أي يجب أن نشرح للطفل بأن قصصه سليمة ولكنها تخالف الواقع.

2- الكذب الالتباسي:

أي أنه يلتبس فيه الحقيقة بالخرافة والخيال.

أوالواقع باللاواقع،كمشاهدة الأطفال لمسلسلات التلفزيون، وبهذا يتوقع الأطفال بأن شخصية البطل في بيتهم مع العلم أنه في أمريكا مثلاً.

قد يسمع الطفل حكاية خرافية أو قصة واقعية وسرعان ما تملك عليه مشاعره وتسمعه في اليوم التالي يتحدث عنها وكأنها وقعت بالفعل، فلطفل لا يمكنه التمييز عادة بين ما يراه حقيقة واقعة، وما يدركه واضحاً في مخيلته، وهذا النوع من الكذب يزول عادة من تلقاء نفسه يوماً بعد يوم فحينما يكبر الطفل ويصل عقله إلى مستوى يمكنه فيه أن يفرق بين الخيال والواقع وهذا يحتاج إلى شيء من التوجيه والإرشاد. فلربما رأى الطفل حلماً ثم أصبح يقصه على أنه حدث حقيقةً، ولهذا فإذا صح التعبير عن هذا الكذب أو التسمية الصحيحة له فيجب أن نطلق عليه اسم "الكذب البريء."

وهذا النوع من الكذب يزول عادة من تلقاء نفسه إذا كبر الطفل، ووصل عقله إلى مستوى يمكنه فيه أن يدرك الفرق بين الحقيقة والخيال. وليس معنى ذلك أن نتركه حتى يزول من نفسه، فشيء من الإرشاد مع مراعاة مستوى عقل الطفل يفيد فائدة كبيرة من الناحيتين الانفعالية والإدراكية ويمكن أن نسمي هذين النوعين من الكذب، بالكذب البريء، وننتقل منهما الآن إلى انواع اخرى.

3- الكذب الادعائي:

وهذا الكذب موجه لتعظيم الذات أو مظهر للشعور بالنقص. مثال مفاخرة ومبالغة بعض الأطفال بمراكز آبائهم، أو مقتنياتهم وغلاء أثمانها. ومن أمثلته كذلك أن يبالغ الطفل في وصف تجاربه الخاصة، ليحدث لذة ونشوة عند سامعيه، وليجعل نفسه مركز إعجاب وتعظيم. وتحقيق كل من هذين الغرضين يشبع النزوع للسيطرة. ومن أمثلة ذلك أن يتحدث الطفل عما عنده في المنزل من لعب عديدة أو ملابس جميلة، والواقع انه ليس عنده منها شيء. أو يفاخر بمقدرته في الألعاب أو في القوة الجسمية دون

أن يكون له فيها أية كفاية وكثيرون من الأطفال يتحدثون عن مراكز آبائهم وكفايتهم ؛وصداقتهم لحاكم البلد بل سيطرتهم عليه. ..إلى غير ذلك مما يخالف الواقع عادة. وأمثلة هذا النوع كثيرة لا حصر لها.

ومن أنواع الكذب الادعائي أن الطفل يدعي المرض، أو يدعي انه مضطهد مظلوم أو سيء الحظ إلى غير ذلك، وهذا ليحصل على اكبر قسط ممكن من العطف والرعاية. ويحدث هذا عادة من الطفل الذي لم يحصل من والديه على العطف الكافي والذي وجد بالتجربة أنه يحصل على قسط وافر منه في حالة المرض أو المسكنة.

هذا النوع من الكذب، المعروف بالكذب الادعائي ،يجب الإسراع إلى علاجه في حالة الصغر، وإلا نما مع الطفل وزاد حتى أصبح يدنا له يصاحبه في غدوه ورواحه وهذا ما يسمى عند العامة (بالمعر)وكثير من الناس يتحدثون عن رتبهم، أو كفاياتهم أو أوسمتهم أو شهاداتهم. وعن أسفارهم وأبحاثهم، وجلائل أعمالهم وخدماتهم ونحن على ثقة من أنهم لم يؤتوا شيئاً ولم يقوموا بشيء.

4- الكذب الغرضي أو الأناني:

بعض الأطفال يكذبون رغبة في تحقيق غرض شخصي والسبب في هذا النوع من الكذب عدم ثقة الطفل بالكبار المحيطين به ونتيجة عدم توافر ثقته في والديه لكثرة عقابهما له ولوقوفهم في سبيل تحقيق غاياته، لذا فيجب الاهتمام في هذه النوعية من الأطفال ومساعدتهم من التخلص من هذه العادة السيئة وذلك بإشباع حاجات الطفل وتحقيق رغباته بشيء من القصد والحكمة وإلا أصبحت هذه الحالة ظاهرة مرضية خطيرة عند الطفل.

5- الكذب الانتقامي:

هو الكذب الذي يقصد به الطفل اتهام غيره باتهامات يترتب عليها العقاب وسوء السمعة للمتهم، ويتبع الطفل هذه الطريقة بالكذب بدافع الغيرة، فقد يغار من أخيه أو قريبه فيكيد له انتقاماً منه.

ولذلك فنطلب الحرص التام والحذر لمثل هذا النوع من الكذب من قبل الآباء والمعلمين لأنه قائم على غير أساس من الحقيقة، وننصح الآباء والمعلمين بالمساواة في المعاملة بين الأطفال لان الشعور بعدم المساواة بينهم يخلق عندهم الشعور بالانتقام.

6- الكذب الدفاعي:

غالباً ما يكذب الطفل خوفاً من العقاب والأسباب المؤدية إلى هذا النوع من الكذب عند الأطفال هي معاملة الطفل بقسوة ومعاقبته على أخطائه بشكل مبالغ فيه وعلاجه هو إتباع طريقة الحوار الصريح وإعطاء الطفل الجو الآمن عند السؤال عن الخطأ ومحاولة العفو عنه إذا كان الأمر ممكن، ومحاولة اتخاذ اقل العقوبة معه ويصاحب كل هذا النصح والإرشاد ومحاولة تشجيعه على صراحته كالقول له :" أنت ولد شجاع فقد قلت الصدق أحسنت يا بطل، سأعفو عنك هذه المرة لصدقك ولكن بشرط أن تعدني ألا يتكرر هذا الخطأ مرة أخرى".

يمكن للمربين والآباء الاستعانة ببعض المقترحات الآتية :

1- معرفة الدوافع الحقيقة التي جعلت الطفل يكذب لكي يتم علاجها.
2- عدم اللجوء إلى العقاب بالضرب أو السخرية لأنها تزيد من تمسك الطفل بالكذب.
3- تدريب الطفل على مشاهدة الوقائع ووصفها بدقة، ومساعدته على التميز بين الحقيقة والخيال.
4- التزام كل من يحيط بالطفل الصدق في القول والفعل عدم جعل الطفل يستفيد من كذبه لأنه إذا شعر بعدم فائدة الكذب سيقلع عنه.
5- تنمية شعوره بالمحبة والاطمئنان في الروضة والأسرة.
6- توضيح أهمية الصدق وأن الصادق هو الذي يستحق الاحترام والثقة وذلك بقص بعض القصص التي تعزز أهمية الصدق.

طرق الوقاية:

1- عدم الضغط على الطفل ليعترف بأنه قد كذب. فأغلب الناس يلجؤون إلى الكذب عندما يطلب إليهم إدانة أنفسهم، بمعنى التروي عند إلصاق تهمة الكذب بالطفل، حتى لا يألف الطفل تلك اللفظة، ويستهين بها.

2- كن قدوة لطفلك، بأن تلتزم بمعايير الصدق التي وضعتها. بمعنى أن تكون بيئة الطفل صالحة والمجتمع فيها صادقون.

3- تجنب العقاب؛ والعقاب الشديد، حتى لا يلجأ طفلك إلى الكذب، ليتجنب العقاب المتكرر، ويدافع بذلك عن نفسه.

4- بين لطفلك مساوئ الكذب، والظواهر السلوكية الأخرى السيئة مثل السرقة والغش الخ... ليقتنع بان الكذب شيء غير مرغوب فيه. بمعنى تزويده بشيء من القيم الدينية، حتى يقتنع بها ويلتزمها.

5- تهيئة الأجواء الأسرية النفسية المرنة، فالشخص المطمئن لا يكذب أما الخائف فيلجأ إلى الكذب، ليتخذه وسيلة للهرب من العقاب.

6- العدالة والمساواة بين الأخوة وعدم التمييز بينهم.

7- الا تترك الطفل يمرر كذبته لأن ذلك يشجعه ويعطيه الثقة بقدرته على الكذب.

ثانياً: السرقة

هو سلوك يقوم به الطفل بغرض امتلاك أشياء لا تعود له وبدون علم أو موافقة صاحبها والسرقة تبدأ عند الطفل حينما لا يتمكن من التفريق بين الأشياء التي يملكها أو يملكها غيره.

السرقة عند طفل الروضة:

تعتبر السرقة من الآفات الاجتماعية التي يرفضها المجتمع ولكن هذا المفهوم واضح لدينا نحن الكبار نعرف أبعاده وأسبابه وأضراره فلا يدرك الطفل السارق مفهوم السرقة وأضرارها. ولا يدرك نظرة المجتمع والقانون والأخلاق والدين إليها. ولا يستطيع الطفل المسروق أن يقي نفسه من خطر العابثين.

فالطفل في سنواته الأولى لا يعرف حدود ملكيته وحدود ملكية الآخرين، ولا يعرف كيف تتحقق الملكية أصلا.

وربما يظنها وضع اليد على ما يصادفه أينما كان ذلك ولمن كان فهو يرغب في الحصول على كل ما يشتهي من طعام أو لُعب من دون أن يدرك ما إذا كان له الحق في ذلك أم لا.

وتبدأ عملية تكون مفهوم التملك عند الطفل عندما تتعامل الأم والأب والأخوة مع الطفل بشيء من الحكمة والحنان والمسايرة. فالطفل إذا تُرك له العنان يمكن أن يطلب كل شيء حتى لو كان مؤذياً له أو ضاراً به أو ثميناً يمكن أن يتلفه. وعلى الأهل أن يقوموا بإشباع رغبات أطفالهم ضمن إمكاناتهم المادية.

فالطفل يشعر بسعادة عظيمة عندما يلعب بقطع خشبية قد تكون أصلا من نفايات النجارين أو حجرية من أحجار الشاطئ أو الحبل أو غير ذلك من العاب تباع في السوق بسعر رخيص.

فواجب الأهل أن يكرروا على مسامع أطفالهم أن هذا لك وهذا لفلان وأن يرسخوا عنده مفهوم القناعة بما يملك والابتعاد عما ليس له ولا بأس أن يربط الأهل هذا المفهوم بمفهوم العيب والحرام والجزاء والعقاب عندما لا يلتزم به.

أسباب السرقة :

يسرق الطفل لأسباب عديدة منها:

1- سد حاجة ماسة عند الطفل ربما كان هناك نقص لشيء ما في حياة الطفل. مثل مصروف الجيب. والملابس، أو لغياب الود والحب الأبوي، أو الاهتمام والمودة، ربما لغياب أو فقد احد الأبوين. وقد تكون الحاجة مادية لأن بعض الأسر تتمتع بخلفية اقتصادية متدنية.

2- اختيار نموذج سيئ للاقتداء به.

ربما رأى الأب يسرق أو احد الأخوة أو أحد الرفاق وقام بتقليده من اجل الحصول على رضا جماعة الرفاق.

3- عدم تنشئة الطفل على الأمانة، وتدريب الطفل على التبادل المشروع، واحترام ملكية الغير.

4- دافع الانتقام، كرد فعل لقسوة زائدة. طريقة لا شعورية للانتقام من أحد الأبوين. فقد يسرق الطفل من أحد المحلات ليحرج أحد الأبوين.

5- التوتر الداخلي عند الطفل. مثل الاكتئاب، أو الغيرة.

6- تدعيم الذات واحترامها. قد يسرق الأطفال، ويعرضوا ما يسرقون على الآخرين كي يثبتوا للآخرين بصلابتهم ورجولتهم.

7- **التدليل الزائد:** حيث يفهم الطفل بأن الحياة كلها أخذ فقط، وليس أخذ وعطاء.

8- عدم فهم الطفل حق الملكية الخاصة، وأنها يجب أن تحترم.

طرق الوقاية:

طرق الوقاية كثيرة منها ما يلي:

1- التنشئة الاجتماعية منذ الصغر, وتنمية الوازع الديني عند الطفل أي تعليم الطفل قيم المجتمع – مثل الصدق، والأمانة، احترام ممتلكات الغير، وإعطاء نماذج صادقة من الحياة، يعين الطفل، ويقلل من احتمال السرقة أو الاعتداء على ممتلكات الغير، وكذلك بيان أن هذا السلوك غير مرغوب فيه وأن الله سيحاسب عليه.

2- إغناء الطفل عن الاستعانة بالآخرين، أي اجعل له مصروفاً، أو دخلاً منتظماً لشراء الحاجيات التي تخصه ودربه على اللجوء إليك إذا احتاج أكثر من مصروفه، حتى لا يلجأ إلى طرق أخرى.

3- الإشراف المباشر على الطفل :

كون بينك وبين طفلك علاقة صحيحة، حتى يثق فيك، ولا يكون هناك حاجز بينك وبينه وتابعه أي تابع نشاطاته اليومية، حتى لا ينحرف، ولا تكتشف ذلك إلا بعد فوات الأوان. فكلما كان اكتشاف عادة السرقة مبكراً، أو الشروع فيها مبكراً كان أفضل.

4- القدوة:

إذا أظهرت خلق الأمانة في حياتك ونشاطاتك اليومية، تطبع به الطفل، وأصبح خلقاً دائماً عنده.

إذا وجد منك طفلك هذا الخلق، تعيد ممتلكات الآخرين إليهم إذا وجدتها أو استعرتها فهو بالتالي لن يتردد في تقليدك والتخلق بهذا الخلق.

5- ابعد المغريات عن طفلك – لا تترك أمامه الأشياء التي يحبها والتي هو محروم منها، فلربما دعاه ذلك الحرمان إلى سرقتها.

6- المراقبة الذاتية : نمِّ المراقبة الذاتية عند طفلك ولا يتم ذلك إلا ذلك إلاّ بتوعية الطفل، وتعليمه وتفهمه بأن هذا السلوك غير مرغوب فيه وان المجتمع لا يقره. وانه سيكتشف أمره ولو بعد حين، لذا يجب أن يقلع عن هذا السلوك من البداية.

ثالثاً: التخريب

يتمثل في رغبة الطفل في إتلاف ممتلكات الغير، وقد يمتد إلى أدوات المنزل، وحاجات أفراد الأسرة من ملابس وكتب، ولعب، وأثاث، وغير ذلك، أو إلى حديقة المنزل والعبث بها.

أسباب التخريب:

من بين الأسباب الرئيسية لسلوك التخريب ما يلي:

1- النشاط الزائد والحيوية التي لم تجد لها تصريفاً.

2- عوارض جسمية غددية.

3- دوافع انفعالية مكبوتة.

مثل الغيرة أو الرغبة في الانتقام، نتيجة الشعور بالاضطهاد، أو الشعور بالخطيئة أو كراهية الذات من قبل الطفل.

4- الإحباط، الغضب والعدوان هما استجابتان طبيعيتان للإحباط.

5- الحصول على الإعجاب من الرفاق، أي الإثارة للآخرين بمعنى (المزاح التخريبي).

6- الخبث والمكر، بعض الأطفال يقومون بالتخريب بشكل معتمد، ويكون ذلك نتيجة لوجود اضطراب انفعالي دفين.

أشكال التخريب:

التخريب عند طفل الروضة إشكال منها:

1- التخريب البريء:

وهو التخريب غير المقصود أو المعتمد وغالباً ما يكون ناجماً عن الحركة والنشاط الزائد لدى الطفل أو التصريف الفضولي، أو الناجم عن اللاوعي، وهو أنواع:

أ- **التخريب الناجم عن الاندفاع:** ويتجلى هذا النوع من السلوك لدى الأطفال الذين يتسمون بنشاط حركي زائد بحيث لا يشعرون بالتعب والملل من كثرة الحركة فينجم عن هذه الحركة الزائدة إلحاق الأذى بالأشياء والحاجيات إذ يدمرونها من دون علم بقيمتها وقد يلجؤون إلى تدمير الأشياء القديمة إذا كانت هناك أشياء جديدة يمكن أن تحل محلها.

ب- **التخريب الناجم عن الفضول:** في بعض الأحيان يدفع الطفل فضوله لمعرفة كنه الأشياء فيفككها ثم يحاول إعادة تركيبها فيخرجها.

ج- التخريب الناجم عن اللاوعي. في بعض الأحيان يخرب الطفل الأشياء من دون وعي بذلك ومن ذلك على سبيل المثال قد يلمس الطفل شيئاً معيناً فيسقط من يده فيتهشم من دون انتباه أو شعور بأنه فعل شيئاً ألحق ضرراً بالآخرين أو بأسرته.

د- **التخريب الناجم عن الطاقة العضلية:** في بعض الأحيان يشعر الطفل بأن لديه قدرة عضلية وجسمية يفوق بها أقرانه فيحاول إظهار ذلك الشعور بتدمير الأشياء الموجودة ليظهر قوته وقدراته الجسدية فيمزق ويكسر و يتسلق السلالم ويدمر الأشياء إثباتا لذلك، وإظهارا لتفوقه الجسدي على أقرانه.

2- التخريب المقصود.

وهو ذلك النوع الذي يقصده الطفل ويقصد فعله وهو نوعان :

أ- **تخريب المجموعة:** وهو الذي تمارسه مجموعة من الأطفال تشكلت فكونت فريقاً أو عصابة وتعمدت القيام بأعمال تخريبية فيكون سلوكها التخريبي سلوكاً جماعياً

وفي هذا النوع من السلوك يحاول الطفل إشباع رغباته في مسايرة الجماعة والحذو الآخرين من الجماعة.

ب- **التخريب الاستماعي:** ويطلق عليه التخريب المرضي ومنه على سبيل المثال تخريب أشياء الآخرين والاستمتاع بتخريبها، أو إشعال النار في الحديقة والاستمتاع بذلك، أو إيقاع الأخر على الأرض والضحك عليه ومن حالات التخريب لدى طفل الروضة، رمي الأشياء على الآخرين وتكسير الألعاب، وإتلاف أعمال الآخرين، وتمزيق الأوراق والكتب.

تقييم السلوك المضاد للمجتمع :

يشير التشخيص إلى مختلف أساليب تصنيف وتحديد الاضطرابات. وتعتمد الأساليب التشخيصية على نوع ما من القياس. ومع ذلك فإن هدف القياس يمتد إلى أبعد من التشخيص حيث قد يستخدم القياس بفرض تحقيق أهداف متعددة مثل ربط أنماط معينة للأعراض بسمات أخرى كالأداء الدراسي، أو أساليب المعاملة الوالدية على سبيل المثال، أو يهدف إلى تقييم أثار البرامج العلاجية أو البرامج الوقائية. أما التقييم فيمكن أن يستند على مجموعة من أساليب وأنماط القياس.

طرق تشخيص عدم القدرة على التكيف الاجتماعي للطفل :

يتطلب قياس الكفاءة الاجتماعية للأطفال ملاحظة تفاعلهم مع أقرانهم ويتم توضيح ذلك من خلال تفاعلهم في ساحات اللعب مع بعضهم البعض وقد يتم توفير الألعاب المناسبة في البيئة المتاحة لهم والتي تساعد على إتاحة فرصة اكبر لتفاعل الأطفال مع بعضهم البعض لتخترق عدداً من الأبعاد اللغوية والاجتماعية والمعرفية التي تتضمن الانجاز فيما بعد.

وقد تختلف الكفاءة الاجتماعية وتتنوع بشكل كبير من موقف لأخر ومن فصل لأخر وقد لا يكون مثلاً لأداء الأطفال وكفاءته الاجتماعية في باقي المواد أو الفصول.

العوامل الفردية التي يجب الاهتمام بها لقياس الكفاءة الاجتماعية :

1- اللطف، والتعاون، والتجاوب بدرجة ملائمة (بدلاً من العدائية والسلوك المتسم بالتحدي).

2- درجة ملائمة من الانبساطية مثال: التعبير عن الاهتمام بالناس والأشياء، والاجتماعية الفعالة بدلاً من الانسحابية.

3- القدرات اللغوية المرتبطة بمهارات التواصل الاجتماعي مثل تفسير التلميحات غير اللفظية، وفهم واستخدام الدعابة.

بالإضافة إلى العوامل المحيطة التي تدعم تيسر كفاءات الفرد.

4- كما لا يجب التركيز فقط على سلوكيات الطفل بل لابد من التركيز أيضا على تفاعلاته مع الآخرين وعلى أحكام الآخرين المحيطين به والقريب منه.

طرق قياس الكفاءة الاجتماعية :

أولها: المعلمة: فالمعلمات أو غيرهن من العاملين بالمدرسة لديهم فرصاً عديدة لمشاهدة تفاعل الطفل في مواقف عديدة مع أقرانه (مثل الفصل، ساحة اللعب، غرفة الغداء). ويمكنهن تقديم معلومات حول كيفية معاملة الطفل لأقرانه وكيف معاملة أقرانه له، ويمكنهم إعطاء آرائهن حول مشكلات الطفل إذا كانت معتادة أو غير معتادة منه. وقد يتضمن قياس المعلمات استخدامهن لقوائم سلوكية ومقاييس التقرير والملاحظة المباشرة لسلوكيات اجتماعية معينة.

ثانياً: يمكن للآباء تقديم معلومات حول كفاءة أطفالهم الاجتماعية، فيمكنهم تحديد المشكلات السلوكية مثل العدوان والانسحاب، وعدم الطاعة (العصيان) والتي تمثل مشكلات اجتماعية. وهذا لان الآباء عادة ما يكونون أكثر وعياً من المعلمات لأنشطة أطفالهم الاجتماعية خارج المدرسة مثل مشاركة أطفالهم في إحدى الرياضات أو الأندية أو الهوايات.

ثالثاً: ويمكن الاستعانة بالأقران أنفسهم حيث يشكلون مصدراً موثوق فيه بالقياس السيومتري، لأن المعلمات أو الآباء لا يمكنهن استيعاب جميع المواقف التي يمر بها الطفل وأحد الطرق للحصول على هذه المعلومات من الأقران هي استخدام

التقديرات السوسيومترية واختيار الأفضل. حيث يطلب من الأطفال في الفصل أن يذكروا مدى حبهم للعب أو قضاء الوقت مع كل طفل من أطفال الفصل. وهكذا يرشحون أسماء معينة من أقرانهم والذين يحبون أو لا يحبون قضاء وقتهم معهم ويطلب منهم تحديد أقرانهم الذين يمارسون أو يظهرون سمة سلوكية معينة (مثل الخجل، العدوانية، اللطف، ..وغيرها).

رابعاً: التقارير الذاتية من الأطفال أنفسهم. حيث نقيس هذه التقارير إدراك الطفل لعلاقته بأقرانه، وتستخدم القصص والمواقف الاجتماعية المصممة لتحفيز استخراج وإثارة المعلومات حول القدرة على الاستنتاج الاجتماعي لدى الطفل، أو بالتحدث ببساطة مع الطفل لتحديد نظرتهم حول المواقف الاجتماعية التي يمرون بها.

الفصل السادس

مشكلات الاستعداد للتعلم والتعليم بالروضة

- مقدمة
- مظاهر النمو اللغوي عند طفل الروضة.
- تعريف استعداد الطفل لدخول الروضة.
- الاستعداد بشكل عام.
- الاستعداد الكتابي عند الطفل.
- أنواع الاستعداد.
- مشكلات الاستعداد.
- مشكلات الاستعداد للقراءة.
- مشكلات الاستعداد الكتابي.
- دور الأسرة في تهيئة الطفل للاستعداد للتعلم بالروضة.
- دور الأسرة في تكوين الاستعداد للتكيف مع البيئة.
- دور معلمة رياض الأطفال في الاستعداد.
- الاضطرابات النمائية لطفل الروضة ومشكلات الاستعداد للتعلم والتعليم.

الفصل السادس

مشكلات الاستعداد للتعلم والتعليم بالروضة.

مقدمة:

تعد مرحلة الطفولة المبكرة مرحلة التأسيس لنمو شخصية الطفل وقدراته المختلفة الذهنية واللغوية والعاطفية والاجتماعية والجسدية وبشكل خاص قدرته على التعلم ورغبته فيه فنوعية التعليم والرعاية التي يتلقاها الطفل في هذه المرحلة تلعب دورا هاما في نمو قدراته وتعلمه مما يؤثر تأثيرا حاسما على أداءه التعليمي اللاحق فلهذه المرحلة خصوصيتها إذ أنها تهدف إلى تعزيز نمو الطفل وتعلمه بشكل متكامل. وينعكس ذلك في برامجها التعليمية، ووسائلها وطرائقها بما فيها تنظيم البيئة التربوية وطرائق قياس النمو والتعلم وطبيعة العلاقة بين المعلمة والطفل.

ولمعلمة الروضة ادوار عديدة ومهمات كثيرة ومتنوعة تتطلب مهارات فنية مختلفة يصعب تحديدها وتفصيلها. فهي مسؤولية عن كل ما يتعلمه الطفل إلى جانب مهمات توجيهية حول نمو كل طفل من أطفالها في مرحلة حاسمة من مراحل حياتهم.

البداية الجيدة هي الوسيلة المثلى، ليس لعام دراسي سعيد ومثمر وإنما لحب التعلم طوال الحياة. هذا ما يقوله د. روبرت بيانتا أستاذ التعليم في جامعة فرجينيا بالولايات المتحدة ويؤكد ذلك بما أثبتته الدراسات من أن 'تجربة الروضة الإيجابية واحدة من أهم أسس النجاح الأكاديمي على المدى الطويل.

ومن المؤكد أن ردود فعل الأطفال تجاه انتقالهم من مرحلة الحضانة إلى مرحلة الروضة تتباين باختلاف شخصياتهم وبيئاتهم فبينما تعد هذه النقلة عملية غاية في السهولة لدى البعض سيراها أطفال آخرون خطوة هائلة يتعذر اجتيازها.

وهنا تظهر أهمية المرحلة السابقة على ذهاب الطفل للروضة ونقصد مرحلة الحضانة والتي مع الأسف لا يمر بها جميع الأطفال فقد وجد الباحثون في تحليلهم لدراسة شملت 210000 طفل أن الأطفال الذين التحقوا بالحضانة عادة ما يحققون انتقالاً سهلاً إلى مرحلة الروضة.

ولكن حتى بالنسبة لهؤلاء الأطفال يظل هناك الكثير من التحديات التي عليهم أن يواجهوها مثل المباني الأكبر حجماً، والفصول الفسيحة والمناهج الأكثر تعقيداً واليوم الدراسي الطويل، والعمل بشكل مستقل، وضرورة الذهاب كل يوم إلى المدرسة ووجود أطفال اكبر سناً وأكثر إزعاجاً. بل ربما يحتاج الأمر إلى ركوب الحافلة أن كل هذه الأمور تعتبر تجارب جديدة بالنسبة لطفل صغير، وقد يثير هذا العالم المجهول بالنسبة له الكثير من القلق.. فما العمل؟

يجب هنا أن ندرك أن نظرية 'المرء عدو لما يجهله' لا تنطبق على الكبار فقط، بل أن صغارنا يشاركوننا فيها، لذلك على الإباء معرفة ما يثير قلق صغيرهم وتزويده بالمعلومات التي يحتاج إليها حتى يشعر بالارتياح والتجاوب مع الأنشطة المختلفة.

ولن يتم هذا بتضخيمنا للأمور بل العكس تماماً يجب التركيز في حديثنا معه على الأشياء التي سبق له أن ألفها وهو في الحضانة فهناك مشاريع تنجزها مجموعات صغيرة ولن يكون عليه أن يعمل طوال الوقت منفرداً، كما أن هناك مساحات لممارسته أنشطة مختلفة وأوقات مخصصة للعب الحر. أما الحديث عن الروضة على أنها مدرسة للأطفال الكبار فربما أعطى نتائج عكسية وقد يجعل الطفل اكثر قلقاً وعصبية.

وإذا كانت الأمور التي سبق ذكرها هي ما سيواجهه الطفل بذهابه الفعلي للحضانة فان قلقه سيبدأ قبل ذلك، فهو سيكون قلقاً بشأن الكثير من التفاصيل الصغيرة، مثل: أين الحمام؟ ماذا سيفعل إذا أصيب بمرض؟ هل يمكنه أن يأخذ معه دميته؟ كيف سيركب الحافلة وحيداً؟ وهنا يجب طمأنته بأن إدارة الروضة ستتصل بالمنزل إذا احتاج الأمر إلى ذلك أو لو أصابه مكروه، ولا بأس من القيام بزيارة للروضة ليتعرف على أقسامها قبل بدء العام الدراسي.

ومن الأمور التي قد تثير قلق الطفل والتي قد لا يفصح عنها معرفته أنه لم يتعلم القراءة بعد أو اعتقاده أن بقية الأطفال يعرفون الكتابة سلفاً، لذلك يجب أن يدرك أن ما من أحد يتوقع منه إتقان القراءة أو الكتابة وأن كل ما تريده معلمته منه هو أن يكون مستعداً للتعلم.

وقد لوحظ أن الأطفال الذين يتفوقون في مرحلة الروضة يتمتعون عادة بمهارات معينة، يمكن ببساطة أن يكتسبها الطفل قبل ذهابه للروضة. مثل قدرتهم على التركيز على مهمة ما طوال مدة طويلة نسبياً حوالي 15 دقيقة والانتظار بصبر لحين تلقي المساعدة أو الانتباه من المعلمة.

ومن الأمور المهمة أيضاً التي تساعد في نجاح طفل الروضة تمتعه بمهارات ذاتية تزيد من ثقته بنفسه وتجعله يشعر بقدرته على السيطرة على الأمور، كقدرته على استخدام الحمام وغسل يديه وارتداء معطفه.

ورغم كل الاحتياطات التي قد يتخذها الإباء لتسهيل الأمر على أطفالهم فان تأقلم الطفل مع وضعه الجديد قد يستمر لأسابيع حتى يشعر بالاستقرار ولكن بالتأكيد أن أي جهد سيبذله الإباء كي يجعلوا أيام أطفالهم الأولى في الروضة أقل إثارة للقلق لن يضيع سدى.

مع منتصف السنة الثالثة تبدأ جمل الأطفال بزيادة عدد كلماتها، وتشمل الأسماء والأفعال والصفات والضمائر، مع مراعاة قواعد اللغة كالتذكير والتأنيث وحروف الجر وحروف العطف بدرجات متفاوتة من طفل إلى آخر. كما يميل أطفال هذه المرحلة إلى استخدام التعميم بطريقة مبالغ فيها، فيقول: "ولد... ولدات"، "بيت... بيتات" وهكذا. وفي هذه المرحلة يبدأ الطفل بالشعور بأنه قادر على التواصل والتفاعل مع الآخرين، ويصبح بمقدوره النطق بجمل معقدة.

إن الأطفال في أي مرحلة تعليمية مبكرة يخضعون لمراحل مختلفة من النمو اللغوي، وهذه المراحل تعتبر مظهراً أساسياً في التعليم وخصوصاً لمهارات التحدث والاستماع والقراءة والكتابة. من هنا يجب على المعلمات أن يفهمن طبيعة عملية نمو اللغة عند أطفال هذه المرحلة، إذ تعتبر هذه المعرفة ضرورية لكي يشخص المعلمون المهارات الخاصة بفنون اللغة، بالإضافة إلى توفير بيئة تعليمية غنية لتشجيع نمو وتطور كل المهارات.

ومراحل النمو اللغوي في مرحلة الطفولة المبكرة تسير في مرحلة الكلام البرقي وبالتحديد في غضون السنة الثانية، ومن ثم مرحلة الأكثر من كلمتين من (2- 3

سنوات). ومن ثلاث سنوات إلى أربع سنوات يبدأ الأطفال في استخدام الجمل المركبة، والتي تتضمن استخدام حروف الجرّ، والضمائر، وأدوات النفي، وصيَغ المُلكية، وأدوات الاستفهام، وتصل عدد المفردات لهؤلاء الأطفال من (1000- 1500) كلمة. ومن عمر أربع سنوات إلى ست سنوات – وهي مرحلة رياض الأطفال- يكون الأطفال قد اكتسبوا العديد من العناصر اللغوية، وتستمر المفردات والأبنية الخاصة بتراكيب الكلام في الازدياد والتنوع والعمق وتصل إلى (6000) كلمة عند بلوغ الطفل سن السادسة.

أما بالنسبة للفروق بين الجنسين فإن الإناث يتفوقن تفوقاً بسيطاً على الذكور في مهارات التعبير، أما الذكور فيتفوقون بمقدار بسيط أيضاً في المحصول اللغوي ومعرفة معاني الكلمات (صادق وحطب، 1990). كما يؤدي الخلط بين اللغة العامية والفصحى عند الكلام مع الطفل إلى ضعف محصوله اللغوي السليم، إضافة إلى ارتباكه في انتقاء اللفظ المناسب؛ لأن اللغة تحدث عن طريق الاقتران بين الشيء ولفظ اسمه.

مظاهر النمو اللغوي عند طفل الروضة:

من (3- 4) سنوات:

1- يستخدم الضمائر (أنا – أنت – ياء المتكلم) استخداماً سليماً.
2- يعرف صيغة الجمع.
3- يستخدم الزمن الماضي.

من (4- 5) سنوات:

1- يستطيع استخدام كثير من الأفعال والصفات والظروف وحروف الجر وأدوات العطف والضمائر.
2- يستطيع أن يميز بين صيغ المفرد والجمع.
3- يعرف أسماء الإشارة (هذا – هذه).
4- يستطيع استخدام ضمير المتكلم (أنا – نحن)، وضمير المخاطب (أنت – أنتم)، وضمير الغائب (هو – هي – هم).

من (5- 6) سنوات:

1- يحسن الاستماع (الإصغاء) إلى الآخرين.

2- يستخدم الكلمات الوصفية تلقائياً للأشياء والكائنات (كبير – صغير – ثقيل – خفيف – ناعم – خشن – سريع – بطئ – قوي – مريض ...).

3- يعرف صفات الأشياء كاللون والحجم والشكل.

تعريف استعداد الطفل لدخول الروضة

يمثل درجة الطفل في القدرة على التفكير والاستعداد الجسمي والحركي والانفعالي والاجتماعي. ويتمثل بما يلي:

1- **القدرة على التفكير:** تتمثل في القدرة على استعادة بعض الصور أو المعاني أو الاحتفاظ ببعض المعلومات التذكر، كما تتضمن الفهم اللفظي من خلال التقليل عن استخدام الحواس واستخدام الرموز العدية واللغوية في التعبير.

2- **الاستعداد الحركي الجسمي:** يتمثل في التآزر الحركي في المشي والقفز والإمساك بالأشياء وتآزر حركة العينين ا وتركيزها.

3- **الاستعداد الانفعالي الاجتماعي:** يعبر عن مشاركة الآخرين ألعابهم ،والتعاون معهم، والاندماج والتكيف في التفاعلات السارة وغيرها كالمناسبات مع الآخرين – انتظار الدور – الأرجاء التدرجي لبعض الحاجات.

الاستعداد بشكل عام:

فهذا هو ما نحن بصدد الحديث عنه على هذه الصفحات وتحت عنوان الاستعداد، حيث سنوضح هذا الموضوع من خلال عدة محاور فسنتحدث بداية عن معنى الاستعداد ، ثم سنخصص الحديث عن الاستعداد اللغوي، وأهميته، وأخيرا الفرق بين الاستعداد للقراءة والاستعداد القرائي.

أولا: معنى الاستعداد:

يعرف لي جكرونباك "Lee.J.Cronback" الاستعداد على أنه إمكانية اكتساب مهارة في أحد الأعمال أو إمكانية تعلم شيء من الأشياء في سهولة ويسر وذلك كله في الظروف المناسبة، وبالتدريب المقصود أو غير المقصود.

ويعرفه روينتر Rounter على أنه " أن يكون الفرد في تهيؤ من الناحية الجسمية والعقلية قبل البدء في تعلم مهارة من المهارات أو علم من العلوم، وقد لا تعتمد القدرات المطلوبة على مجرد التعلم السابق فحسب وإنما أيضا على درجة النضج الكامنة والتدريب المناسب.

ويسمى الاستعداد بالناحية التنبؤية، ويسميه البعض الاستطاعة، والبعض الآخرالقدرة الكامنة، وتساعد معرفته على توجيه التلاميذ إلى أنماط الأنشطة المتناسبة وميولهم.

ثانياً: الاستعداد اللغوي: تعد اللغة مظهرا من مظاهر السلوك الإنساني فهي تربط الفرد بالجماعة، وتمكن الفرد من التعبير عما يجول في نفسه وعن حاجاته واهتماماته ورغباته، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه دائما هو: كيف تنمو اللغة؟

ثالثا: أهمية الاستعداد اللغوي ويتمثل بما يلي:

1- إثارة ميول الأطفال وإعدادهم لاستخدام الوسائل والأدوات بسهولة ويسر.
2- يجعل الطفل يستمتع بعملية التعلم دون مشقة أو جهد بدني أو نفسي.
3- يجعل الطفل قادرا على التعبير عن ذاته وخبراته.

رابعا :الاستعداد للقراءة:

يشير فؤاد البهي السيد إلى أن مهارة القراءة تستغرق وقتا طويلا وهي تحتاج إلى نضج وتدريب، وتبدأ قبل المدرسة بما يسميه علماء التربية بمرحلة الاستعداد للقراءة، حيث تعتبر هذه المرحلة ذات أهمية بالغة لإكساب الطفل مهارة القراءة، وهي كما تشير الدراسات تستغرق في الغالب سنوات ما قبل المدرسة، وربما تمتد إلى السنة الأولى، وأحيانا حتى السنة الثانية، وذلك لأن القراءة تحتاج لبلوغها إلى نضج عقلي وبدني، فما هو مفهوم الاستعداد للقراءة، وما هو الاستعداد القرائي؟

قد يتبادر إلى ذهن البعض أن الاستعداد للقراءة و الاستعداد القرائي كلاهما مفهوم واحد، إلا أن الواقع عكس ذلك تماما فالاستعداد للقراءة حالة أو كيان، وهو ناتج النمو النضجي للطفل بما في ذلك نموه الجسمي والمعرفي، أما الاستعداد القرائي

فهو عبارة عن العمليات والأنشطة التربوية والاستراتيجيات التعليمية المصممة خصيصا لإعداد الأطفال لتعلم القراءة بأسلوب منهجي وعلمي أو بشكل رسمي.

وقد تعددت تعريفات الاستعداد للقراءة عبر السنوات الماضية واختلفت تبعا لصياغتها إلا أنها تدور جميعا في محاور أساسية اتفق عليها العلماء والتربويون، فقد ذكر هيلرك تشارلز أن الاستعداد للقراءة عبارة عن عمليات نمو مستمرة تبدأ بقدرات في الإدراك البصري والسمعي وتمتد إلى القدرة على التلقي السريع والتعبير اللغوي، كما عرفه أحمد زكي بأنه مرحلة من مراحل نمو الطفل متكاملة وضرورية لتمكنه من تعلم القراءة، وتشترط هذه المرحلة بلوغ الطفل السادسة ، والنضج العقلي والجسمي.

ومن خلال ما سبق يتضح لنا أنه لا يكون لدى الطفل استعداد للقراءة إلا إذا توافرت العوامل اللازمة لذلك وهي النمو العقلي، والنمو الجسمي، والنمو الاجتماعي والانفعالي بالإضافة إلى الخبرة السابقة للطفل.

الاستعداد الكتابي عند الطفل:

1– مما لا شك فيه أن عملية الكتابة لا تنفصل عن عملية القراءة.

2– فما دامت هناك مادة مكتوبة هناك قراءة والوصول إلى درجة معينة من النمو العقلي مطلوب في الحالتين.

3– من عوامل الاستعداد للكتابة: *النضج الحركي.* التحكم في عضلات اليد والتوافق الحركي والعصبي والعضلي لحركة أصابع اليد مع حركة العينين و يؤدي للتوازن.

مراحل الكتابة:

1. مرحلة الاستعداد عداد للكتابة.
2. مرحلة الكتابة.
3. مرحلة إتقان الكتابة.

تعد مرحلة رياض الأطفال توازي مرحلة الاستعداد للكتابة أو مرحلة ما قبل الكتابة بمعنى أن الطفل يحتاج للعديد من الأنشطة التمهيدية ذات العلاقة بالكتابة قبل أن يطلب منه أن يكتب.

أنواع الاستعداد:

1- **الاستعداد العقلي:** الذكاء، يختلف الأطفال في عمرهم العقلي وبذلك على المعلم إيجاد الطرق المبتكرة من مواد قرائية مناسبة لتعليم الأطفال بما يتفق مع قدراتهم المتفاوتة.

2- **الاستعداد الجسمي:** تعتمد القراءة على استخدام الحواس في الإبصار والاستماع والنطق والصحة العامة للمتعلم. من حيث حاسة البصر: القدرة على رؤية الكلمات بوضوح وملاحظة الاختلافات وتدريب العينين أثناء القراءة من اليمين إلى اليسار.

3- **الاستعداد الشخصي والانفعالي:** الاستقرار الانفعالي من العوامل التي تساعد على التعلم إذ يبعث الطمأنينة في نفس الطفل ويجعله قادرا على التعلم.

4- **الاستعداد في الخبرات والقدرات:**

أ- **سعة القاموس اللغوي:** معرفة الكثير من الأسماء والأشياء واستخداماتها ومفاهيمها وربط الكلمات بالرموز.

ب- **المعاني والمفردات.**

ج- **لغة الحديث:** الارتقاء إلى لغة الكتاب من حيث المفردات والتركيبات اللغوية المتنوعة من خلال الأنشطة اليومية.

5- **القدرة على إدراك المؤتلف والمختلف:**

أ- **لقدرة على تذوق سلسلة من الأفكار:** التسلسل الزمني، إدراك العلاقات، ترتيب أحداث القصة أو اللوحات التي تعبر عن أحداث معينة.

ب- **الرغبة في القراءة:** لا يوجد سن معينة يقرأ فيها الطفل.

مشكلات الاستعداد:

نظراً لأهمية دور المعلمة في مؤسسة رياض الأطفال في تحقيق النمو السليم عند أطفالها فان أعداد المعلمة وتأهيلها من أهم العوامل التي تجعلها قادرة على العطاء

بكفاءة عالية. أن هناك الكثير من المشكلات التي تعاني منها رياض الأطفال فيما يتعلق بنقص إعداد المعلمة علميا ومسلكا فالمعلمة في رياض الأطفال تتقاضى راتبا شهريا متدنيا وليس هناك دورات تدريبية لرفع مستوى الكفاءة لديها.

ولقد أجريت دراسة للكشف عن مشكلات رياض الأطفال في الوطن العربي بشكل عام والمملكة الأردنية الهاشمية بشكل خاص ففي دراسة عودة وفريحات وحسن (1987) التي اجريت على(36) روضة أطفال في محافظة اربد في الأردن كشفت نتائجها أن رياض الأطفال تعاني من نقص في الألعاب من حيث الكم والنوع وكذلك نعاني من عدم توافر قاعات للمكتبات فيها هذا بالإضافة إلى عدم وجود أهداف واضحة ومحددة للمناهج والنشاطات في رياض الأطفال.

كما وتوصل الشرايري (1993) في دراسته إلى أن غالبية رياض الأطفال في المملكة الأردنية الهاشمية يعمل بها معلمات ليس لديهن الخبرات الكافية والمؤهلات العلمية العالية حيث أن غالبية أصحاب الرياض يميلون إلى توظيف المعلمات غير المؤهلات لأن أجورهن أقل.

كما وتعاني رياض الأطفال من مشكلات أهمها أن مناهج رياض الأطفال لا تلاءم مجموعة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من صعوبات التعلم هذا بالإضافة إلى الاختبارات التشخيصية لهؤلاء الأطفال.

وأشارت دراسة ريم كوفمان بيانتا (Rimm-Kaufman& Pianta, 2000) أن رياض الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية تعاني من مشكلة عامة وهي ضعف أعداد المعلمة أعدادا علميا بحيث لا يمكنها من التنبؤ بنجاح الأطفال في المدرسة الابتدائية وهذا ما أكده كل من تاج وآخرون من أن هناك نقصا في كافيات المعلمات في رياض الأطفال بحيث لا يمكن للمعلمة التنبؤ بسلوك الأطفال في الصفوف الابتدائية.

قد يلحظ الوالدان تغيرا ما في سلوك طفلهما ويظهر ذلك في عدم تكيف الطفل في بيئته الداخلية (الأسرة) أو البيئة الخارجية (المجتمع)، وتتعدد مشكلات الأطفال وتتنوع تبعا لعدة عوامل قد تكون إما: جسمية أو نفسية أو أسرية أو مدرسية. وكل

مشكلة لها مجموعة من الأسباب التي تفاعلت وتداخلت مع بعضها وأدت بالتالي إلى ظهورها لدى الطفل ومن الصعب الفصل بين هذه الأسباب وتحديد أي منها كمسبب للمشكلة.

قد يلجأ الوالدين لطلب استشاره نفسية عاجلة لسلوك طفله ويعتقد أن سلوك طفلة غير طبيعي إما لجهله بطبيعة نمو الطفل أو لشدة الحرص على سلامة الطفل وخوفا عليه من الأمراض والاضطرابات النفسية خاصة إذا كان المولود الأول. وقد يكون الطفل سلوكه عاديا وطبيعيا تبعا للمرحلة التي يمر بها لذا من المهم جدا عزيزي المربي أن تعرف متى يعد سلوك ابنك طبيعيا أو مرضيا.

يعد سلوك الطفل مشكلة تستدعي علاجا سلوكيا عندما تلاحظ التالي:

- **تكرار المشكلة:** لابد أن يتكرر هذا السلوك الذي تعتقد انه غير طبيعي أكثر من مره فظهور سلوك شاذ مره أو مرتين أو ثلاث لا يدل على وجود مشكلة عند الطفل لماذا ؟؟ لأنه قد يكون سلوكا عارضا يختفي تلقائيا أو بجهد من الطفل أو والديه.
- **إعاقة هذا السلوك لنمو الطفل الجسمي والنفسي والاجتماعي:** عندما يكون هذا السلوك مؤثرا على سير نمو الطفل ويؤدي إلى اختلاف سلوكه ومشاعره عن سلوك ومشاعر من هم في سنه.
- أن تعمل المشكلة على الحد من كفاءة الطفل في التحصيل الدراسي وفي اكتساب الخبرات وتعوقه هذه المشكلة عن التعليم.

نظراً لأهمية الطفولة كحجر أساس لبناء شخصية الإنسان مستقبلا وبما أن لها دور كبير في توافق الإنسان في مرحلة المراهقة والرشد فقد أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الطفل وعلاجها في سن مبكرة قبل أن تستفحل وتؤدي لانحرافات نفسية وضعف في الصحة النفسية في مراحل العمر التالية وقد تبين من دراسة الباحثين في الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في الطفولة فمعظم المراهقين والراشدين المتوافقين مع أنفسهم ومجتمعهم توافقا حسنا كانوا سعداء في طفولتهم قليلي المشاكل في صغرهم،

بينما كان معظم المراهقين والراشدين سيئي التوافق، تعساء في طفولتهم، كثيري المشاكل في صغرهم.

مشكلات الاستعداد للقراءة:

1- تقارب بعض الحروف في النطق (ت،ط) (س،ص) (ك،ط).

2- اختلاف نطق الحروف العربية باختلاف الحركات، التنوين.

3- إلام الشمسية والقمرية واتصال لام الجر ؟، تاء التأنيث والتاء المربوطة(مرة تنطق تاء ومرة هاء).

4- **الديسلكسيا:** تعني وجود مشكلة مع الكلمات وتؤثر في عملية القراءة والتهجي والكتابة والتركيز.

مظاهرها:

أن الطفل الذي يعاني منها يكون ذكاؤه عادي أو فوق العادي.

أعراضها:

صعوبة في تعلم وتذكر الكلمة المطبوعة أو رمزها – تجاوز بعض الكلمات والحروف – استبدال كلمات أو إضاعة أو حذف بعض الكلمات الصغيرة، أخطاء في التهجي– القراءة دون القدرات الحقيقية ودون المستوى المتوقع.

مؤشرات الديسليكسيا لطفل الروضة:

1– عبارات مبهمة.

2– تأخر أكثر من المعتاد أو المتوقع في تعلم الكلام بوضوح.

3– الوراثة.

4– استخدام كلمات بديلة من عنده.

علاجها:

1– الديسلكسيا نوع من أنواع صعوبات التعلم الخاصة.

2– لابد للطفل أن يحصل على التعلم التخصصي المناسب داخل فصله إذ يحتاج مزيد من الوقت للتركيز الفردي.

3– مساعدة الطفل على أن يكون منظم مع تشجيع لهواياته.

4- الوقوف لجانبه أثناء واجباته المنزلية.

مشكلات الاستعداد للكتابة:

إن الكتابة والقراءة باللغة العربية مهارة ليست بالبسيطة لذا تحتاج للتدريب والوقت والجهد.

1. ما ينطق ولا يكتب. حرف الألف (طه – هذا – لكن).
2. تشابه بعض الحروف من حيث الشكل (ب – ت – ث).
3. مايكتب ولا ينطق (الواو في عمرو)، ظاهرة التنوين.
4. تغير شكل الحرف حسب موقعه في الجملة.
5. اللام الشمسية والقمرية وعند اتصالهم بحرف الجر.

يمر معظم الأطفال بصعوبة كبيرة في بداية دخول الروضة، وقد أشار مارتين هريرت (1985)إلى أن هذه الصعوبة تأتي نتيجة لاعتياد الطفل والفتة للمنزل ووجود المريح بجوار أسرته، وبصفة خاصة والدته بينما عندما يدخل المدرس، يقحم علية نظام وسلطة في أيدي غرباء، لايتوقع أن تكون خبرته معهم سارةكما تتعداد المتاعب والضغوط التي لم يخبرها من قبل؛ فعلية أن يلتزم بعدد معين من الساعات داخل الفصل ،وان يكون أكثر هدوءا وتركيزا، وعلية أن يستأذن عند قضاء الحاجة، كما يطلب منة ممارسة سلوكيات بمفردة تختلف عما اعتاد علية في المنزل. كما يجب علية أن يتعلم الانسجام مع الآخرين لايراعون شعوره باستمرار.

ولذلك نرى أن استجابات الأطفال للحياة المدرسية تختلف باختلاف الخبرات التي تهيئ الطفل للذهاب إلى المدرسة. كما تؤثر شخصية الطفل في عملية الاندماج في المدرسة . فالطفل المنبسط يجد تحولا سعيدا لخبرة المدرسة والحياة فيها. وتأتي مصادر التوتر التي تنشا لدى الأطفال من التعرض لوجود جديدة وأطفال اكبر سنا وأفكارا جديدة ونظما غير مألوفة .ويشير (مارتن هريرت)إلى إن عدم الاستعداد الجيد لهذه الخبرات يؤدى إلى النفور من المدرسة خوفا مرضيا منها.

وقد يلاحظ بعض المقاومة من الطفل للمدرسة لعدة أيام أو لمدة أسابيع ،وتشير معظم الدراسات إلى أن ذلك يرجع إلى غرابة الأنشطة الجماعية عما اعتاده الطفل في

المنزل، وقد يطلب منة مهارات اجتماعية ليست في نطاق مستوى نضجه الحالي وتساوره تساؤلات. ..هل سينجح في تكوين علاقات مع زملائه ؟

كما تؤثر شخصية الطفل في عملية الاندماج في المدرسة ،فالطفل المنبسط يجد تحولا سعيدا لخبرة المدرسة والحياة فيها. وتأتي مصادر التوتر التي تنشا لدى الأطفال من التعرض لوجود جديدة وأطفال اكبر سنا وأفكارا جديدة ونظما غير مألوفة ،ويشير (مارتن هربرت)إلى إن عدم الاستعداد الجيد لهذه الخبرات يؤدى إلى النفور من المدرسة خوفا مرضيا منها.

على صحته الجيدة التي تؤثر في نموه الحركي والجسمي ودرجة ذكائه التي يعرف من خلاها حدود ادائة وقدراته ومهاراته الاجتماعية المتمثلة في ادراكة لمدى تاثيرة على الآخرين.

أن مايكتسبة الطفل من خبرات قبل الالتحاق بالمدرسة يشكل أساسا لتعليمة المستقبلي، ويعد خطوة حاسمة للدخول في عالم التعليم والتعلم.

أن هذه الخطوات الحاسمة تقتضي تدعيما لأكثر من جهة تربوية ،فالإعداد لمرحلة الروضة يزود الأطفال بأسس الثقة والأمان لاندماج والتكيف ،ومع تلك البيئة الجديدة وللحياة في المجتمع ككل في المستقبل.

دور الأسرة في تهيئة الطفل للاستعداد للتعلم بالروضة

أشارت وات جويس (watt،g1987) إلى أن مشاركة الوالدين تعتبر جزءا أساسيا من بنية التعليم الجيد؛ لان الإباء هم الذين يقومون بأعباء الاستمرار في التعليم على المدى الطويل. وكما أن لإباء أدوارا بالنسبة لرعاية أطفالهم ،الاانهم في حاجة إلى أن يكونوا مدعمين رئيسيين في عملية تعليمهم ؛خاصة عند الانتقال من البيت إلى المدرسة؛ لان الأطفال في هذه الفترة هم أحوج ما يكونون إلى التشجيع لتعلم مهارات جديدة واتجاهات جديدة واكتساب معلومات.ليست فقط عن المدرسة وكيف بتنظيم فيها؟ وقد اشارت ويلز((wells) وتيزارد (tezard)إلى أن التعلم اللاحق عندما يقترب من خبرات المنزل في السنة الأولى.. فان ذلك يساعد على سرعة الفهم والتعلم. واثبت الدراسات أيضا أن التفاعل بين الخبرات المنزل يؤثر بشكل دال على الخبرات اللغوية

لأطفال في كافة المستويات الاجتماعية والتعليمة وأكدت أن تأثير المعلمين بمفردهم يكون قليا جدا ، عندما لايدعم الآباء التفاعل مع الأطفال. وهذا يوكد أهمية الخبرات الأسرية المنزلية في التعليم في السنوات المبكرة للأطفال .وكذلك الاتصال الجيد من اجل أيجاد فرص تعليمية أفضل.

كما وجد أن العلاقة التعليمية غير المباشرة والنمو المعرفي تؤثر على القدرة على الاستجابة، كما يوثر الحالة المنزلية المناسبة (درجة تعليم الوالدين _ المستوى الاقتصادي _ الحالة الصحية) في عملية مشاركة الآباء في تكوين درجة الاستعداد لدخول الروضة.

وقد أشار فتحي سرور(1989) إلى أن مشاركة البيت منذ البداية في العملية التعليمية تحقق اتصالا مستمرا، يدعم العملية التعليمة. كما أكد حسين كامل الدين(1998)أن هذه المرحلة لها خطورتها البالغة في تكوين الشخصية وفي وضع بذور قدراته المستقبلية صحيا ووجدانيا وتربويا.

وأكدت كثير من الدراسات أن اشتراك الوالدين في تعليم أطفالهم الاستعداد لدخول الروضة يجعل الطفل أكثر أمانا وينعكس ذلك على استجابة للبرامج التعليمية التي قدمت.

دراسات تؤكد دور الآباء في تهيئة الأطفال للتعلم بالروضة

دراسة روزماري (ROSE Mary):

ركزت هذه الدراسة على العوامل البيئة المنزلية والمدرسية .التي تؤثر في عملية الانتقال من البيت إلى المدرسة، وتمت مقارنة وجهات نظر كل من المعلمين والآباء بالنسبة لمدى استعداد أطفالهم لدخول الروضة .وأوضحت الدراسة وجود اختلافات كبيرة بين خليفة كل من الآباء والمدرسين . وكذلك اختلافات خبراتهم المتوقعة حول الاستعداد لدخول الروضة وارتبطت الاختلافات بأداء الطفل والتساؤلات المتوقعة عن العلاقة بين المنزل والروضة، وأظهرت العوامل أهمية التقدم في تكيف الاجتماعي والنمو اللغوي كمؤشرات مهمة في الاستعداد للانتقال من البيت للروضة.

دراسة فان روين (van Rooney)

أكدت هذه الدراسة أهمية الوعي اللغوي أثناء عملية القراءة كمؤشر مهم بالنسبة للأداء المدرسي، وأوضحت أهمية تنوع الاختبارات عند محاولة تعرف مدى استعداد الطفل لدخول الروضة.

دراسة ويست جيري (west)

أكدت أن أطفال واقبل المدرسة عندما يصحون قادرين على الاتصال من خلال التعبير اللغوي ،وعندما تكون لديهم مثابرة عند اكتشاف وجود أنشطة جديدة، فعندئذ يمكن اعتبارهم على درجة جيدة من الاستعداد لدخول الروضة كما اقرالإباء والمعلون في الدراسة أن المعرفة المسبقة بالحروف الروضة الهجائية والعد حتى رقم عشرين ،وبداية استخدام القلم في التلون والرسم، تعتبر مؤشرات مهمة، توضيح استعداد الطفل لدخول الروضة.

دراسة هارادين (Harradineic)

قارنت هذه الدراسية بين أراء المعلمين والإباء في تحديد مدى استعداد الطفل لدخول الروضة مقابلة 575 من الآباء 53 من الأطفال في عمر4 سنوات و575 معلماً ودللت النتائج على أهمية مؤثرة الاستعداد كالصحة الجيدة والحيوية والقدرة على الاتصال الجيد ووالتاثير أثناء عملية الاتصال ،وفاعلية الآباء كانت دالة في تأكيد تقدير الآباء أعلى في القدرة على حل المشكلات والحساسية نحو الآخرين ومعرفته الألوان والأشكال ،بينما كانت مجموعة المعلمين أعلى في القدرة على الاتصال.

دور الأسرة في تكوين الأستعداد للتكيف مع البيئة

- مساعدة الطفل على تعلم تاريخ ميلاده. اسم الشارع الذي يسكن فيه، وأغاني الأطفال مساعدته على العد حتى رق عشرة وذكر قصص بسيطة.
- استخدام خبرات الحياة اليومية في معاونة طفلك على تنمية وعيه بالاشياء والأماكن مثل:

أ - الطلب من الطفل المساعدة بالعثور على المشتريات في السوبر ماركت.

ب- الطلب من الطفل قول تتجه اليمن إلى اليسار؛ حين يكون برفقتك لتوصيلة إلى المدرسة أو إلى المنزل صديق. لتنمية انتباهه للمواقف، أوالمواقع أو التفاصيل.

ج- تعليم الطفل تصنيف الأشياء حسب الحجم، الشكل، الملمس، أو الرائحة (إزهارا ، أوراق، أجزاء اللعب) لتميز اوجة التشابه والاختلافات.

د- استخدام قصص ماقبل النوم، حتى إذا كانت مختصرة فإنها عادة ليلية يمكن بها تنمية مشاعر ايجابية نحو القراء من خلال الدفء والتقارب الذي يحدث في مثل هذا الوقت.

ه- محاولة اختيار برامج تلفازيه تسهم في تنمية خبرات الطفل .بدلا من البرامج المكررة المملة المضيعة للوقت ويكون من خلال: مشاهدة البرامج التعليمية مع طفلك والتأثير في أسلوب اختيار البرامج وتنمية قوة الملاحظة.

والاهتمام بتشجيع الطفل على تمثيل المسلسلات التي شاهدها وتعتبر مهارة تذكر الأحداث أو التفاصيل مهمة جدا ، ومن الأفضل معرفة كيف يستخدم مصادر المعلومات حينما يسال الطفل أسئلة من السهل أن ينسى حصيلة معلوماته عند محاولته الإجابة عن السوال، وإذا أمكنك أن تشغل طفلك في عملية العثور أو اكتشاف الإجابة عن السوال، فسوف يتعلم طفلك أكثر واكثر.

دور معلمة رياض الأطفال في الإستعداد:

1- دورها في تقديم المعلومات للأطفال بل ولها أدورا ذات وجوه وخصائص متعددة من حيث التعامل مع أطفال تركوا أمهاتهم ومنازلهم لأول مرة ووجدواانفسهم في بيئة جديدة ومحيط غير مألوف فهي تساعدهم على التكيف والانسجام.

2- معلمات رياض الأطفال أفراد يحتاجون إلى الكثير من الصبر و الإلمام بطرق التدريس الحديث.

3- **دور المعلمة الخاص بقيم المجتمع:** تنشئة الأطفال تنشئة اجتماعية وإلى الكثير من الصبرمع والإلمام بطرق التدريس الحديث.

4- **دور المعلمة كممثلة لقيم المجتمع:** إضافة إلى ذلك عليها مهمة تنشئة الأطفال تنشئيه اجتماعية مرتبطة بقيم وتقاليد المجتمع الذي يعيشون فيه وتستخدم الأساليب المناسبة.

5- **دور المعلمة كقناة اتصال بين المنزل والروضة:** هي حلقة اتصال بين الروضة والمنزل للقادرة على اكتشاف خصائص الأطفال وعليها مساعدة الوالدين في حل المشكلات التي تعترض طريق ابناهم في مسيرتهم التعليمة.

دور المعلمة في تنمية استعداد الطفل للتعليم والتعلم

معلمة الروضة:

وهي جامعية متخصصة في تربية طفل ماقبل المدرسة , وهي مشرفة يتم أعدادها وتأهيلها للعملية الفنية والتربوية والإدارية من خلال كلية جامعية متخصصة تجمع بين علم نمو الطفل في مرحلة رياض الأطفال وبين تطبيقات الأشراف على نمو ,وتدريب على الأشراف على الروضة الأطفال, وتخضع للتوجيه والأشراف التربوي والرسمي. السمات الشخصية والمهنية لمعلمة رياض الأطفال:

1- أن تكون لديها رغبة حقيقية للعمل مع الأطفال الصغار.

2- التحلي بالصبر والهدوء ,وان تتمتع بالاتزان الانفعالي.

3- أن تكون لديها القدرة على إقامة علاقات اجتماعية ايجابية مع الأطفال.

4- أن تكون سليمة الجسم والحواس.

دور المعلمة في تنمية الاستعداد للتعلم والتعليم:

تشكل المعلمة جزءا مهما من عالم الطفل لدى مباشرتها العمل مع الأطفال، وتضع حدا لاحتكار الوالدين لهوتعرف جميع الأمهات مدى تطابق أطفالهن مع معلماتهن، خصوصاً في المراحل المبكرة من حياتهم، فإذا قالت المعلمة شيئا فهو صحيح بالنسبة للطفل، ويمثل الحقيقة المطلقة هذا أذا كان معنيا بما تقول معلمته.

ولقد بينت عدة الدراسات أن سلوك المعلمة يؤثر على نحو قوي وفعال في الجو الاجتماعي والانفعالي للصف، كما يؤثر على العلاقات القائمة بين الأطفال، ويؤثر في سلوكها أيضا على السلوك الفردي للطفل، وعلى اتجاهاته الأخلاقية ومستوى ادائة

العقلي، ولا يقتصر تأثير المعلمة في المدرسة الابتدائية على الطفل الذي توجه انتباهها نحوه فقط، بل تؤثر أيضا على الأطفال الذين يلاحظون سلوكها هذا، فإذا تنازلت المعلمة عن شي من سلطتها وقوتها ,وكان تقبلها للتلاميذ متسعا ومنتشراً بحيث لا يقتصر على القلة الأحبة، فستكون قادرة على زيادة التفاعل الاجتماعي والفكري بين تلاميذها,وعلى تخفيف الصراع والقلق عندهم. فالسلوك الديمقراطي يستثير عادات العمل المستغل والتفكير المستقل ومعنى المسؤولية الأخلاقية.

ولا مبالغة في القول، بان سعادة الأطفال في المدرسة، وتأثرهم بما يتعلمونه فيها، يتوقفان إلى حد بعيد على المعلمة. وسأل(مور) في الدراسة الأنفة الذكر الأطفال بلغوا الثانية عشرة، عن الكيفية التي عوملوا بها من قبل المعلمات في مدارسهم السابقة فتبين أنهم يقدرون في المعلمة المساعدة والشرح الواضح، والحزم في الحفظ النظام، والعدل والمرح والسلوك المتسم بالعطف والود، والسلوك الاجتماعي الحسن في الصف؛ كمابين هؤلاء الأطفال امتعاضهم واستياءهم من أي شي يروه غير عادل كالصراخ والتعنيف، التذمر، والتعليمات الغامضة، والتعليم الممل والعقاب الجسمي، كما أبدى هؤلاء استياء شديداً من الإهانات الفردية الموجة للأطفال.

وتنوعت شخصيات المعلمات في أية مدرسة كانت، وهناك معلمات معنيات يناسبن أطفالا معنيين، بيد أنة لا مفر من وجود الصدفة في هذه المسالة ويبدو عموما أنة من المناسب للطفل، في حوالي السابعة وما بعد، أن يتكيف مع معلمات يتميزن بشخصيات متنوعة ,بيد أنة تنشا أحيانا حالات، يقوم فيها تنافر حقيقي بين المعلمة والطفل، فإذا ألح احد الأطفال في الشكوى من معاملة ظالمة يتلقاها من المعلمة. فيجب عدم تجاهل ذلك على الرغم من أن ما يراه ظلما قد يكون غير ذلك في حال الاطلاع على كافة الحقائق المتعلمة بشكواه,ويشبب العمل المدرسي الكثير من القلق إلى السلوك غير المنطقي، وإذا وصل الأمر إلى هذه المرحلة ,فقد يزيل التشاور بين الوالدين والمعلمة سوء الفهم، كما يجعل المعلمة قادرة على تغير أسلوب تعاملها مع الطفل ,وأنة لأمر مهم في مثل هذه الحالة إن يبين الوالدان للمعلمة إيمانهما بصعوبة عملها وإدراكها لوجود العديد من الأطفال إلى جانب طفلها ,يحتاجون إلى اهتمامها

ورعايتها. ومن المفيد أن تعرف المعلمة هنا أن كلا من رأيها ورأي الطفل أمر مرغوب فيه ومطلوب.

وتقوم المعلمات بتقديم عون كبير إلى الأطفال الذين يواجهون مشكلات مدرسية ،ويمكن اعتبارها من هذه الزاوية (معالجا سلوكيا). والناخذ مثالا على هذا العون، حالة طفلة عمرها ثلاث سنوات، يتسم سلوكها بالتوجه المفرط نحو الراشدين في المدرسة، بحيث يصف احد علماء النفس هذا الوضع كما يلي:

تقوم هذه الطفلة بمطاردة المعلمات، وتعقبهن باستمرار،ويقتصر كلامها تقريبا ولاتسامهم الا في النشاطات التي تقوم المعلمات بتوجيهها ومراقبة عن كثب ويزداد هذا النمط من السلوك رسوخا مع مرور الأيام ،عند هذه الطفلة. وتشير الملاحظة إلى أن هذه البنت تصرف مبلغا 3٪ فقط من مدة الدورة المدرسية قبل الرسمية في التفاعل مع الأطفال الآخرين ،بينما تصرف بالمقابل 20٪من وقتها في التفاعل مع المعلمات ،ولكي يبدأ في هذا المرحلة تعزيز التفاعل الاجتماعي للطفلة مع الآخرين ،ويبدأ في هذه الوقت ذاته، استئصال تفاعلها الموجة نحو الراشدين، تلجأ المعلمات إلى عدم الإصغاء إليها آلافي حالة لعبها مع الأطفال، وينصرف عنها غالبا معتذرات وعلى نحو ودي إذا حاولت التفاعل معهن وبذلك يتوقفن عن تعزيز السلوك المتجه نحو الراشدين عند الطفلة.

وتلجا المعلمات إلى استخدام تكنيك أخر يساعد في مثل هذه الحالة. يدعى (بالتقليم) فلكي تستثير المعلمة بعض التفاعلات الاجتماعية مع الأطفال الآخرين والتي قد تتعزز فيما بعد تلقائيا، تقوم المعلمة بتحريض احد الأطفال على الاقتراب من البنت التي توجه سلوكها نحو الراشدين ،وبيده دمية جميلة أو أية لعبة أخرى المعلمات التي كانت تراقبها عن بعد فوراً ،وتبدي إعجابها بسلوكها معا فيعتزز بذلك سلوك الطفلة المتجه نحو الطفل الأخر وان عملية الربط بين تعزيز تفاعلاتها الاجتماعية مع الأطفال، وإطفائها مع الراشدين وتؤدي في اليوم السابع من ابتدائها إلى انخفاض ملحوظ في السلوك الموجة نحو الراشدين ،كما يزداد على نحو مفاجئ سلوك الطفلة المتجه نحو الأطفال،من حيث المرات يتكرر فيها هذا السلوك والزمن الذي تستغرقه كل مرة.

الاضطرابات النمائية لطفل الروضة و مشكلات الاستعداد للتعلم والتعليم

أولاً: اضطرابات الانتباه:

يؤثر هذا الاضطراب بنسبة 20٪ في الأطفال الذين يعانون من اضطرابات التعلم حيث يصبح الأطفال غير قادرين على تركيز انتباههم وينتشر هذا المرض بنسبة 3٪ بين الأطفال في سن المدرسة الابتدائية وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة 3:1.

ويعاني هؤلاء الأطفال من كثرة أحلام اليقظة، ويتصف هؤلاء الأطفال بأن المدة الزمنية لدرجة انتباههم فأنهم يفقدون القدرة على الاستمرار في التركيز، ويعانون من سرعة التشتت الفكري ولا يستطيعون الاستمرار في لعبة معينة وعادة ما يفقدون أغراضهم وينسوا أين وضعوا أقلامهم وكتبهم والطفلة "س" كمثال كانت تعيش دائما عالمها الخاص، والأطفال مثلها يكون لديهم عدد من صعوبات التعليم وإذا كانوا مثلها فإنهم يكونون هادئين ولا يسببون المشاكل وتكون مشاكلهم غير ظاهرة.

وفي نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه وتكون الحالة مصاحبة بإفراط في النشاط كما في حالة الطفل (س)، على سبيل المثال حيث يعاني من اضطراب نقص الانتباه وإفراط الحركة فهو يعاني من الاندفاع حيث يظل يقفز على الأريكة حتى يصل للإجهاد والإنهاك ولا يستطيع الجلوس ساكنا في مكانه.

وعندما يشارك هؤلاء الأطفال في الألعاب الجماعية فانهم لا يستطيعون انتظار الدور في اللعب، ولذلك فإنهم يسببون المشاكل للآباء والمدرسين وزملاء الدراسة لأنهم يحاولون الإجابة على الأسئلة قبل الانتهاء من سماع السؤال ويقطعون في الكلام، وكذلك بسبب كثرة الحركة والاندفاع ونوبات الانفجار والهياج .

وعند الوصول لسن المراهقة فإن إفراط الحركة في هؤلاء الأطفال يبدأ في الزوال ولكن يظل هؤلاء الأطفال يعانون من نقص الانتباه، وفي الانتباه، وفي سن

العمل فإن هؤلاء الشباب يكون لديهم صعوبة الشباب يكون لديهم صعوبة في الاستماع وتتبع التوجيهات، ويكون لديهم فترات غياب طويلة، ويبدو غير مكترثين للعمل.

واضطراب الانتباه لا يعتبر من ضمن صعوبات التعلم، ولكن لأن صعوبة الانتباه تؤثر بشكل كبير على الأداء الدراسي فإن هذا الاضطراب يؤدي إلى اضطراب المهارات الأكاديمية.

(أ) المقصود بالانتباه، وأنواعه.

تعريف الانتباه: يعرف الانتباه بأنه تهيئه الحواس لاستقبال المؤثرات. ويعرف الانتباه أيضا (تهيئة وتوجيه الحواس نحو استقبال مثيرات المحيط الخارجية وتعرف قابلية الانتباه المحدودة **limited Attention capacity** بأنها: (قدرة الإنسان على التركيز على كمية محدودة جدا من المعلومات في الوقت الواحد).

أنواع الانتباه

يقسم الانتباه من ناحية مثيراته إلى ثلاث أقسام:

1- **الانتباه القسري:** فيها يتجه الانتباه إلى المثير رغم إرادة الفرد كالانتباه إلى طلقة مسدس أو ضوء خاطف أو ألم وخز مفاجئ فبعض أجزاء الجسم هنا يفرض المثير نفسه فرضا فيرغمنا اختباره دون غيره من المثيرات.

2- **الانتباه الإرادي:** هو الانتباه الذي يقتضي من المنتبه بذل جهد قد يكون كبيرا كانتباه إلى محاضرة أو إلى حديث جاف أو محل أو يدعوا إلى الضجر. في هذه الحال يشعر الفرد بما يبذله من جهد في حمل نفسه على الانتباه. وهو جهد ينجم عن محاولة الفرد التغلب على ما يعتريه من سام أو شرود ذهن إذ لابد له أن ينتبه بحكم الحاجة أو الضرورة أو التأدب.

3- **الانتباه التلقائي:** هو انتباه الفرد إلى شيء يهتم به ويميل إليه. وهو انتباه لا يبذل الفرد في سبيله جهدا. بل يمضي سهلا.

مظاهر ضعف الانتباه

إن الطلبة عادة لا يتمتعون بقدرات متساوية على الانتباه للمثيرات لأسباب طبية (جسمية) أو نفسية أو اجتماعية، وقد صنف العلماء مظاهر العجز في الانتباه وصعوبات فيما يلي:

1- **عدم الانتباه:** ويقصد به عدم انتباه الطالب للمثير المعروض أمامه ربما لأنه لا يثير اهتمامه أو بسبب عزوفه عنه لأن هناك مثير أهم في حياته أو بسبب صعوبة فهم دلالته مما يثير التوتر لديه فيضيق به ذرعا ويبتعد عنه.

2- **القابلية للتشتت distractibility:** اي عدم قدرة الطالب على تركيز انتباهه مدة كافية في المثير المعروض وقد يرجع هذا لأسباب عضوية أو نفسية مردها ضيقه أو ملله أو عجزه عن فهم المثير أو بسبب فشله في تحقيق التأهب العقلي أو التهيؤ الذهني المطلوب **mental set** أو فشله في اصطفاء وتنقية **filtering** المثيرات الهامة ومداومة التركيز عليها واستبعاد ما عداها أثناء قيامه بالإحاطة **scanning** بمختلف جوانب الموقف المثير الذي يجذب انتباهه.

3- **تثبيت الانتباه fixation:** ويقصد به ثبات انتباه الطالب على مثير معين لأنه ياستهويه أو عدم تمتعه بالمرونة الكافية لنقل انتباهه بين المثيرات المختلفة بسبب جموده أو تعبه أو إجهاده وهو الأمر الذي يجعله لا يتابع عناصر الدرس المتتالية جيدا فلا يلم بصيغتها الإجمالية فيحس بالعجز عن فهمها.

4- **الحركة الزائدة أو النشاط الزائد hyperactivity:** ويقصد به عدم تمتع الطالب بالاتزان والاستقرار الانفعالي الذي يمكنه من التركيز على المثيرات المعروضة والانتباه إليها وهو يشكل جملة من الأعراض النفسية تتمثل في:

أ- المستوى المرتفع من النشاط الحركي مما يعوق الاستفادة والانجاز.

ب- سرعة تشتت الانتباه مما يحول دون الإلمام الكافي بالموقف.

ج- عدم القدرة على ضبط النفس أو الاندفاعية مما يؤدي إلى الزلل.

اضطرابات الإدراك

أ- المقصود بها:

إن الاضطرابات الإدراكية عند الأطفال ليست مفهومة وواضحة وذلك لأسباب تعود إلى علاقتها وتداخلها مع الذاكرة والانتباه والتفكير واللغة.

لقد تم التأكد في المراحل المبكرة في ميدان صعوبات على الأنشطة الإدراكية ويعود الإدراك إلى العملية النفسية التي تسهم في الوصول إلى المعنى من خلال الإحساس.

ويعمل الإدراك على تنظيم وبناء وتفسير المثيرات السمعية والبصرية واللمسية: فالأطفال الذين يعانون من صعوبات أو عجز في الإدراك عادة ما يواجهون صعوبة في التفسير والحصول على المعنى من بيئتهم.

وبما أن مصطلح الحركة يعود إلى حركة الجسم فإن العجز في نمو وتطو الجانب الحركي قد يسبب صعوبة في تعلم مهارات حركية دقيقة وتناسق العين واليد وكذلك التوازن، وتعتبر هذه المشكلات مشكلات حركية خالصة وتؤثر في استخدام وضبط وتحكم في العضلات، لو أنها قد تسبب في ضعف التناسق في الوظائف الإدراكية والحركية.

وغالباً ما تستخدم مصطلحات الإدراك الحركي والحسي – حركي لأن كثيراً من المهارات تستدعي التوافق ما بين المدخلات الحسية ومخرجات الأنشطة الحركية ولهذا السبب يصعب التعامل مع أنشطة الإدراك أو الحركة بشكل منفصل.

وتوجد أنواع كثيرة من الأنشطة الإدراكية أولها أننا يجب أن نوجه انتباهنا إلى المثيرات وبالتالي نقوم بعزل المثير المعنى وتحديد وتميزه من مجموع المثيرات الأخرى ونميل غالبا إلى ترتيب بشكل متسلسل ونميل أيضاً إلى تصنيفها وربطها بالخبرة السابقة فإننا نعتبر الإستجابة غير الملائمة على أنها صعوبة أو عجز في الإدراك.

وتتمثل الأنشطة الأولية للأطفال في الجانب الحركي إذ يحصل الطفل على وعي ومعرفة الأشياء عن طريق لمسها ومن ثم يطور الطفل لاحقا اتصالاته المقصودة ويحصل

الطفل في الغالب على الفهم الإدراكي مثل العلاقات المكانية من خلال التمارين والتدريبات المتكررة.

إن جميع الصعوبات المتعلقة بالقراءة والحساب والتهجئه لا تعود إلى أسس إدراكية وعلى أية حال فأن بعض الأطفال يعانون من صعوبات إدراكية تتدخل في تحصيلهم الأكاديمي، ولهذا السبب فإن على المدرسين والمحللين الذين يتعاملون مع الأطفال الذين يواجهون صعوبات مدرسية اكتشاف أسباب ذلك الفشل المدرسي:

(ب) خصائص الأطفال ذوي إضطرابات الإدراك.

1- **إضطرابات التميز:** يعود التمييز إلى الإجراءات التي تمكن الطفل من التعرف على جوانب التشابه والاختلاف للمثيرات والطفل ذوي صعوبات التعلم يجد صعوبة في التعرف على الاختلافات بين الأحرف أو الأشياء المتسلسلة، فلا تستطيع أن تعطي معاني للأنشطة، واستخدام اللغة الشفهية، والقراءة والكتابة التهجئة والحساب وفي المهارات الحركية ولا يسبقها التعرف على الاختلافات التي يسمعونها، أو يتذوقونها أو يحسونها، أو يشاهدونها، أو يشعرون بها. إن الأطفال الذين لا يتمتعون بقدرة على فهم الاختلافات بين المثيرات لا يكون لديهم القدرة أيضا على القيام باستجابات مختلفة تتناسب مع تلك المثيرات.

2- **اضطرابات التميز البصري:** قد يمتلك الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التمييز البصري حدة إبصار عادية ولكن قد تكون لديهم صعوبة في إدراك وتمييز الفرق بين مثيرين بصريين أو أكثر، وحين يفشل الأطفال في تمييز الخصائص المتعلقة بالحجم والشكل والمسافة والإدراك العميق وغيرها من التفصيلات المناسبة، فقد تكون لديهم مشكلات في معرفة واستخدام الحروف والأعداد والكلمات في القراءة والحساب وقد تؤثر صعوبة التمييز بين المثيرات البصرية على كتابة الطفل ورسوماته.

3- **اضطرابات التمييز السمعي:** في بعض الحالات قد يمتلك الطفل حدة سمع عادية ولكن قد تكون لديه صعوبة في استكشاف أو معرفة أوجه الاختلاف وأوجه التشابه والاتفاق بين درجة الصوت وارتفاعه واتساقه ومعدله ومدته، ويعتبر

التمييز السمعي ضروريا لتعلم البناء الفونيمي للغة الشفهية، إن الفشل في التمييز بين الحروف المتشابهة أو بين المقاطع والكلمات بسبب صعوبة في فهم اللغة الشفهية وكذلك في التعبير عن النفس فالأطفال الذين يعانون من مشكلات في التمييز السمعي غالبا ما تكون لديهم صعوبة في تعلم القراءة التهجئة بالطرق الصوتية.

مظاهر ضعف الإدراك

قد يواجه بعضهم صعوبات تجعل بعضهم صعوبات تجعل عملية الإدراك عسيرة أو غير سليمة ومن أبرز مظاهرها ما يلي:

1- **صعوبة الإدراك أو التمييز البصري:** قد لا تدل على مشكلات في حدة البصر وإنما هي خاصة بالتعامل مع مثيرات حجم الأشياء وأشكالها والمسافات القائمة بينها وإدراك العميق مما يؤدي إلى مشكلات في إدراك واستخدام الحروف والإعداد والكلمات والأشكال ويعوق هذا عمليات القراءة والكتابة والرسم

2- **صعوبات الإدراك والتمييز السمعي:** لا تدل على مشكلات في حدة السمع وإنما تتعلق بصعوبة استكشاف أو معرفة أوجه الشبه والاختلافات بين درجات الصوت واتساقه ومعدله ومدته مما يشكل قيدا على التمييز بين الحروف والمقاطع والكلمات، وينتج عن هذا صعوبة في تعلم القراءة بالطريقة الصوتية وهجاء الحروف

3- **صعوبات التمييز أو الإدراك اللمسي:** يقصد به الحساسية اللمسية في تناول الأشياء في البيئة ولا شك أن الصعوبة في هذا غالبا ما تعوق نمو استخدام أدوات المائدة كالسكين والشوكة ومهارات تناول الأشياء والتعامل اليدوي معها ومهارات الكتابة بطريقة " بايل " عند العميان والعزف على البيانو والكتابة على الآلة الكاتبة والكمبي.

الفصل السابع

طرق علاج المشكلات لدى الأطفال

- مقدمة.
- علاج مشكلات الأطفال.
  *العلاج الطبي.
  *العلاج النفسي.
- أهمية علاج مشكلات الطفولة.
- خطوات علاج مشكلات الأطفال.
- فنيات التعامل مع السلوك السيء.
- أساليب العلاج النفسي التربوي.
  *العلاج باللعب.
  *العلاج بالموسيقى.
  *العلاج بالفن.
  *العلاج الواقعي.
  *العلاج بالدراما.
  *العلاج بالسيكودراما.
  *العلاج المعرفي.
  *العلاج بالترويح.
  *العلاج التربوي.

الفصل السابع

طرق علاج المشكلات لدى الأطفال

المقدمة:

عندما يتحدث المعالج عن تعليم الطفل عادات سلوكية جديدة يعني أن هذا الطفل يفتقر الى هذه العادات

وأنها أيضا ذات أهمية له لدرجة تستحق معها المحاوله لزرعها في شخصيته أو تكوينها لديه وعلى المعالج أن يراعي كافة الخطوات والاجراءات لحل المشكلة الموجوده لدى الطفل.

وهذا يندرج تحت باب تعديل السلوك الانساني المرغوب وغير المرغوب فيه لدى الاطفال. وهو يهدف الى تغيير السلوك للأحسن وزيادته وهو يركز على الحاضر وليس على الماضي ويهدف إلى جعل حياة الفرد وحياة المحيطين به أكثر ايجابيه وفاعليه.

وهذا يحتاج منا كمربيين الى مراجعة اساليبنا مع أطفالنا لأن التصرفات السلبية وغير المقبولة التي

يصدرها أطفالنا هي انعكاس لسلوكنا معهم وما يعايشونه من معاناة يشعرون بها دون أن ندرك نحن.

علاج مشكلات الأطفال

ويقصد بالعلاج هنا الجهود المنظمة التي يقوم بها المتخصصون في مجالات العلاج المختلفة)الطبي – النفسي - الاجتماعي) بهدف تخليص الطفل من أسباب مشكلاته، وإزالة أعراضها وتحسين الظروف الأسرية والمدرسية. وأنواع العلاج الرئيسة: العلاج الطبي، العلاج النفسي.

أولاً: العلاج الطبي:

ويقوم على علاج الأسباب الجسمية التي يكون لها علاقة بمشكلة الطفل، وذلك بعد تشخيص أخصائي الأطفال والفحص الطبي، وغالباً ما تشفى المشكلات التي لها أسباب عضوية بسرعة.

ثانياً: العلاج النفسي:

ويهدف إلى مساعدة الطفل على التخلص من العوامل النفسية التي لها علاقة بمشكلته، والتخلص من الصراعات والإحباط ومحاولة تعديل سلوكه وإطلاق طاقاته الجسمية والنفسية في تنمية شخصيته وبناء مستقبله.

ويتوقف نجاح العلاج النفسي على الآتي:

1- اكتشاف المشكلة في بدايتها مما يساعد في علاجها بسرعة وفي فترة زمنية قصيرة.

2- تعاون الوالدين والمدرسين مع الأخصائي النفسي المعالج وثقتهم فيه وصراحتهم معه.

3- رغبة الطفل في العلاج وتجاوبه مع الأخصائي وتوجيهاته.

4- نوع المشكلة التي يعاني منها الطفل وشدتها فكلما كانت خفيفة توقع الشفاء منها في وقت أسرع.

أهمية علاج مشكلات الطفولة:

نظراً لأهمية الطفولة كحجر أساس لبناء شخصية الإنسان مستقبلاً، وبما أن لها دور كبير في توافق الإنسان في مرحلة المراهقة والرشد فقد أدرك علماء الصحة النفسية أهمية دراسة مشكلات الطفل وعلاجها في سن مبكرة قبل أن تستفحل وتؤدي لانحرافات نفسية وضعف في الصحة النفسية في مراحل العمر التالية.

وقد تبين من دراسة الباحثين في الشخصية وعلم نفس النمو أن توافق الإنسان في المراهقة والرشد مرتبط إلى حد كبير بتوافقه في الطفولة، فمعظم المراهقين والراشدين المتوافقين مع أنفسهم ومجتمعهم كانوا سعداء في طفولتهم قليلي المشاكل

في صغرهم، بينما كان معظم المراهقين والراشدين سيئي التوافق، تعساء في طفولتهم، كثيري المشاكل في صغرهم.

كما أن نتائج الدراسات في مجالات علم النفس المرضي وعلم النفس الشواذ أوضحت دور مشكلات الطفولة في نشأة الاضطرابات النفسية والعقلية والانحرافات السلوكية في مراحل المراهقة والرشد.

خطوات علاج مشكلات الأطفال

الخطوة الأولى: دراسة السلوك المراد تعديله:

وتمثل هذه الخطوة حجر الأساس للانطلاق للعملية التشخيصية والعلاجية السليمة، حيث لا يمكن أن يستغنى عنها بحال. ففي هذه العملية نحاول تحديد السلوك المعين المراد تعديله بدقة وكذلك نحدد نوعية الشكوى السلبية التي تتسبب من جراء ذلك السلوك ويندرج تحت هذه الخطوة مجموعة من الإعدادات السابقة لها والتي تمثل أهمية كبيرة وهي على الترتيب:

1- تحديد تاريخ السلوك غير مقبول:

يلزم هنا أن يقف الوالدان على إجابة لعدة أسئلة هامة مثل (متى بدأ هذا السلوك لأول مرة،" ما هي أهم الأسباب التي يتوقع أن تكون سببت هذا السلوك، ما مقدار تطور هذا السلوك سلبا؟ هل هناك مواقف معينة أو ظروف معينة تزداد فيها حدة هذا السلوك ومواقف أخرى تقل فيها حدته؟ هل يقوم الطفل بسلوكه السلبي ذلك وهو سعيد ومنبسط النفس أو أنه يقوم به وهو مكتئب وضيق الصدر وحزين؟ هل مارس الوالدان الضرب والزجر تجاه الطفل لينهيانه عن ذلك السلوك؟ ومتى وكيف كان الأثر؟) ويحاول الوالدان تدوين الإجابات في جدول واضح نضع عليه ترقيم.

2- تحديد السلوك المعين المراد علاجه بدقة:

والمقصود هنا أن كثيراً من الآباء والأمهات تختلط عندهم الشكاوى من سلوكيات متقاربة فيجمعونها في شكوى واحده ويريدون علاجها دفعة واحدة وهو خطأ شائع ينبغي اجتنابه أثناء العلاج السلوكي للطفل. وفي هذه الخطوة ينبغي علينا

تحديد السلوك المعين الذي هو سبب الشكوى وهو الذي تتفق الآراء على أن تعديله سيؤدى إلى تحقيق العلاج. ويلزم تحديد السلوك تحديدا نوعيا ولهذا فليس من المقبول مثلا أن نستخدم عبارات مثل مكتئب أو مندفع أو ضعيف الشخصية، لأن كل هذه سمات عامة وغير دقيقة ومن ثم ستصعب علينا تحديد السلوك وعلاجه واختيار طرق العلاج ووسائله، لأن المطلوب هو تحديد الشكوى في شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها (مثلا بدلا من أن يقال مكتئب يمكن أن يقال إنه يكثر من الصمت والوجوم وأنه سريع الغضب وكثير البكاء وقليل الضحك والابتسام).

3- بيانات الملاحظة الشخصية:

وهي خطوة أكثر تحديدا من الخطوة رقم (1) والتي قد جمعنا بياناتها في الخطوة الأولى، فنحن هنا نجيب على أسئلة أكثر دقة وتكون غالبا ناتجة عن الملاحظة الدقيقة للطفل بعد تعريفنا للسلوك السلبي والمعين المراد علاجه. فنحن هنا نلاحظ الظروف الدقيقة التي ينشط فيها هذا السلوك لدى الطفل (مثال: الطفل يبدأ في الصراخ عند مداعبة أخيه الأصغر) أو (مثال آخر: الطفل يضرب أمه ويهجم عليها إذا انشغلت عنه بعمل ما من أعمال المنزل)، ويرى المتخصصون أن هذه الخطوة يراد منها عدة أمور من أهمها متى تبدأ استثارة السلوك السلبي لدى الطفل وسبب هذه الاستثارة. وقد عقد الباحثون التربويون جدولاً نموذجياً للإجابة على عدة أسئلة هامة وهي: ما هي أنواع السلوك مصدر الشكوى؟.... ما هي علامة استثارة السلوك السلبي المشكو منه؟... كم من الوقت يستغرقه السلوك السلبي؟.... مع من يحدث السلوك عادة؟... كم مرة يحدث في اليوم؟.. كيف استجاب الآخرون للسلوك السلبي هذا؟..ما هي المكاسب التي جناها الطفل جراء سلوكه السلبي ذلك؟ ويتم تدوين كل ما سبق في جدول آخر.

الخطوة الثانية: التشخيص:

وخطوة التشخيص تعد أهم الخطوات على الإطلاق لأنه سيبنى عليها العلاج وطريقته واختيار وسائله وغيره، فلذلك يجب التدقيق الشديد في هذه الخطوة واعتماد المنهج العلمي الدقيق فيها كما سنبين لك _إن شاء الله_ كالتالي:

1- دمج البيانات وتبويبها بشكل يسهل الاستفادة منه ويجيب على الأسئلة المعروضة بوضوح، ويراعى استغلال كل ما يمكنه أن يخدم وضوح وجلاء هذه البيانات من سؤال المحيطين بالطفل في شتى الأماكن المختلفة، كذلك يراعى تدوين البيانات بخط واضح وعدم تكرار السؤال الواحد أكثر من مره، كما يراعى أن يجيب السؤال أكثر من متابع وملاحظ للطفل وفي أكثر من وقت طوال اليوم.

2- استشارة الخبراء في تحديد السلوك السلبي ونوعيته، ومن هؤلاء الخبراء (التربويون المتابعون للطفل، سواء في المدرسة أو المربي الشخصي أو محفظ القرآن، وكذلك المعالج الطبيب المتوفر الذي يمكن الاستئناس بحديثه وتوجيهه، وكذلك العالم الشرعي الذي ربما يكون عنده من التوجيه النبوي والرباني ما يفيد بدرجة كبيرة... وغيرهم.

3- وضع الاحتمالات التي يتوصل إليها من خلال البيانات المطروحة، مثال (الشعور بالضيق النفسي الحقيقي، أو الشعور بالتدليل الزائد، أو الشعور بالحاجة الملحة لما يطلبه).. ومن ثم نبدأ في الترجيح بين الاحتمالات التي قد توصلنا إليها بناء على عدة مشاهدات وأدلة، وكذلك بناء على مناقشات بين المسئولين والمهتمين بالطفل، ومن ثم يتم تحديد اسم السلوك السلبي المراد علاجه بدقة، ثم يكتب اسم هذا السلوك السلبي بعلاماته المميزة وتوقيته وأسبابه...الخ

الخطوة الثالثة :العلاج:

وتتضمن عدة محاور هامة وأساسية كالتالي:

1- تحديد الأهداف المراد تحقيقها من الوسائل العلاجية لهذا السلوك السلبي، وكذلك وضع جدولة لتلك الأهداف بحيث لا توضع الأهداف العامة مثل (العلاج الكامل للمرض) أو مثل) التعديل السلوكي التام) أو غيره ولكن ليكن هناك ترتيب للأهداف العلاجية عن طريق وضع أهداف مرحلية عند تحققها ينتقل إلى الهدف الذي يليها وهكذا مثل (تقليل أوقات التوتر السلوكي الخاصة بالسلوك المرضي) أو مثل (الابتعاد قدر الإمكان عن استثارة الطفل تجاه السلوك المرضي السلبي موضوع الحديث.

2- إيجابية تحديد الهدف العلاجي :وأقصد به أن تكون النظرة العلاجية إيجابية وليست سلبية فمثلا يقترح المتخصصون أنه بدلا من أن يكون الهدف المرحلي هو (تقليل الشتائم والألفاظ النابية بنسبة 30٪ في الشهر الأول) نجعلها: (زيادة نسبة الاعتراض أو الابتسام أو النقاش بنسبة 30 ..(%وهكذا..مثلا بدلا من (التوقف عن المجادلة) نقول (زيادة نسبة الإصغاء) وهكذا..

3- إشراك الوالدين والمربين وغيرهم في وضع برنامج علاجي تعاوني يشارك في وضعه أيضا من يتمتع بخبرة في هذا المجال.

4- محاولة تبويب الهدف المرحلي ببيان سلوكيات معينة ومحددة تدل عليه ليسهل الحكم على التقدم أو الثبات أو التأخر لدى الطفل، مثال ذلك :إذا كان الهدف هو زيادة السلوك التعاوني لدى الطفل لمضادة الانطواء والسلوك الفردي فيكون التبويب هكذا: (ما الوقت الذي يقضيه الطفل مع والدته في التعلم والتدريس، وهل يكون ساكنا أثناء تلك الفترة ومنتبها لحديثها؟.. كم مرة قام بتنظيف حجرته وترتيب سريره؟ كم مرة يبادر بمساعدة أمه على جلب الأشياء... الخ).

5- تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل وتدعيمه، ومعنى ذلك أن تشجع الأسرة طفلها إذا بدر منه سلوك إيجابي معين بدلا من التركيز على السلوك السلبي فقط.

6- الحذر من كثرة التأنيب والعقاب المتوالي للخطأ, بل ليجعل الوالدان يوماً أو يومين في الأسبوع لا يتحدثان فيهما مطلقا عن السلوك السلبي للطفل.

7- مساعدة الطفل على تبني وابتكار وممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك السلبي الخاطئ بحيث يصعب مع هذه النماذج أداء السلوك المرضي مثال (يطلب من الطفل أن يعطي أخاه الأصغر لعبة لكي يداعبه بها كلما قامت الأم بإرضاع أو ملاعبة الصغير فهنا لا يمكن أن يكون الطفل عدائياً أثناء رضاع أخيه).

8- تقسيم السلوك المراد الوصول إليه - كهدف مرحلي - إلى خطوات فرعية وتشجيع كل خطوة عند ظهورها, مثال (عندما نلحظ من الطفل قيامه بمداعبة أخيه الرضيع لمدة دقيقين مثلاً نشجعه ونقول له: إن أخاك الرضيع يحبك أن تلاعبه ومن ثم نؤكد عليه ذلك كل مدة)

9- ينبغي تكاتف المربين في المدرسة مع الوالدين في تدعيم السلوك الإيجابي واستنكار السلوك السلبي من خلال حكاية القصص الدالة على ذلك وبيان النماذج الموحية بذلك وتوزيع الهدايا وغيره.

فنيات التعامل مع السلوك السيئ

توفر الإرشادات المناسبة لسلوك الأطفال أمر حيوي. فنظرة الأطفال إلى أنفسهم تتأثر إلى حد كبير بكيفية معاملة الكبار لهم، كما أن لطرق الإرشاد تأثيراً مباشراً على كيف يعمل الفصل، بهدوء أو بكثير من الفوضى. وهناك بعض الأساليب المعينة التي تساعد على المحافظة على السلوك الحسن والقضاء على السلوك غير المناسب، مثل: التعزيز، التجاهل، العزل، العزل الخياري، الوقاية، تغيير التوجه، المناقشة، الوقت الخاص، لوحة النجم.

1- التعزيز:

إن أول وأهم تقنية تُستعمل للتعامل مع الأطفال هي التعزيز الإيجابي، يجب استعمال هذه التقنية كثيراً ولكن في ظروف مناسبة، إضافة إلى ذلك فإنه يجب

قرنها دائماً مع الطرق الأخرى المستعملة لتغيير السلوك الخطأ. ويبقى السلوكالمناسب عندما يشعر الأطفال بأن هذا الذي يعملونه هو المتوقع منهم.

ليس من الضروري عمل هذا بالكلام، فيمكن إظهار القبول بطرق عدة، كثيراً ما تكون غير ملحوظة، فالابتسامة و التربيت والاتصال بالنظر والضم لها نفس قوة التأكيد اللفظي في إشعار الأطفال بأن البالغين يستحسنون سلوكهم، وفي الواقع فإنه في بعض الأوقات عندما لا تريد المعلمة مقاطعة نشاط الأطفال ولكنها مع ذلك تريد إظهار الاستحسان فإن التعزيز غير اللفظي هو الطريقة المناسبة.

ومن المهم على وجه الخصوص تعزيز سلوك الطفل عند محاولة تغيير سلوك خطأ، فعلى المعلمات أن ينتبهن إلى أنه بإنقاص السلوك غير المناسب فإن شيئاً ما يؤخذ من الطفل هو بالتحديد الاهتمام الذي كان الطفل يحصل عليه بسبب ذلك السلوك من قبل، ولهذا فإنه من المهم عند تغيير السلوك الخطأ جعل الطفل يعرف ما هو مقبول من خلال عملية التعزيز وأن لا يُكتفى بالاقتصار على إشعاره بما هو غير مقبول، فكل سلوك غير مقبول له مضاد مقبول يجب تشجيعه ورعايته من خلال عملية التعزيز الايجابي. فإن كان الطفل يضرب كثيراً فانه يجب تعزيز الطفل بسخاء عند تفاعله مع أترابه بطريقة مقبولة، وإذا كان الطفل يئن فإنه يجب إطراؤه عندما يتكلم بطريقة مناسبة، وإن كان الطفل يميل إلى تعطيل نشاطات الفصل فإنه يلزم إشعار الطفل عن كمية مشاركته الجيدة عندما يفعل ذلك.

قد تكون الحاجة إلى التعزيز الكثير هي مساعدة طفل على تعلم سلوك مناسب بسرعة، وفي واحد من الأمثلة على هذا الاستعمال للتعزيز: (تم تغيير معدل ضرب الأطفال الآخرين عند طفل عمره 3 سنوات من 40 مرة في الساعة إلى مرة واحدة في المتوسط، وبما أن هذا الطفل لم يستجب لأي من الطرق التي استعملت فقد تم تطبيق برنامج للإطراء كل نصف دقيقة، وفي خلال يومين نقص معدل الضرب بشكل سريع، وعبر الأسابيع التالية أدى التعزيز المستمر بالرغم من اضطراد تناقصه إلى توقف تام للضرب في النهاية، وقد أخذ تنفيذ هذا البرنامج في التعزيز المستمر الكثير من

وقت المعلمة، ولكنه كان على المدى الطويل موفراً للوقت، فقد تبع ذلك توفير كبير في الوقت المبذول لمواساة الأطفال الذين مسهم الأذى وللتعامل مع هذا الطفل).

2- التجاهل:

إن التجاهل خطة فعالة جداً ولكنها صعبة الاستعمال، فعندما يقوم طفل بتكرار عمل شئ مضايق للمعلمة أو مثير للفوضى في الفصل فإن استعمال التجاهل هو الأسلوب الجيد. ولكن يجب عدم استعمال التجاهل عندما يكون الأطفال مصدر أذى حقيقي أو محتمل لهم أو لغيرهم، والتجاهل فعال على وجه الخصوص إذا كان الطفل يطلب اهتمام الكبار بسلوكه السيئ فالطفل الذي يجيل النظر ليرى من يشاهده قبل أن يعمد إلى أداء السلوك السيئ هو بوضوح يريد الاهتمام.

والتجاهل التام من قبل جميع البالغين كل مرة يحدث فيها السلوك السيئ صعب التحقيق ولكنه ضروري لتحقيق الفعالية لهذه الخطة، فرفع حاجبي العينين والتنهد والعلامات غير اللفظية الأخرى ستفسر بكل سهولة على أن السلوك السيئيؤثر بالفعل على المعلمات مما يجعل الخطة عديمة الفعالية، وفي حين أن التجاهل طريقة مهمة وقوية للمساعدة على إزالة السلوك المضايق والمثير للفوضى فإنه من المهم أن نتذكر أن إزالة الاهتمام يتطلب استبداله بتعزيز السلوك الحسن.

3- العزل:

العزل طريقة يلزم استعمالها باقتصاد وبعناية، ويجب استعمالها أساساً عندما يسبب الأطفال أذى حقيقياً أو محتملاً للآخرين أو لأنفسهم. فهناك حاجة إلى إيقاف السلوك العدواني في أسرع وقت ممكن، والعزل هو في كثير من الأحيان ولكن ليس دائماً أفضل طريقة لتحقيق ذلك، ويجب استخدام العزل فقط عندما يكون الطفل قد كرر السلوك العدواني أكثر من مرتين وكانت المعلمة قد شرحت للطفل أن سلوكاً مثل هذا غير مقبول.

وقبل اتخاذ القرار بشأن استعمال العزل فإنه يلزم أن تتفق المعلمات على استعمال هذه الطريقة بانتظام وبنفس الطريقة، فمن المهم أن يُناقش هذا من قبل كل المعلمات

المعنيات سلفاً للاتفاق على تعريف السلوك الذي من أجله يُستعمل العزل والمكان الذي سيُنفذ فيه العزل والعملية الفعلية للعزل.

وطريقة العزل كالتالي:

تأكد بسرعة أن الطفل الذي استُهدف بالعدوان لم يتضرر جسمياً، ويستحسن إن أمكن أن تقوم معلمة أخرى بالاهتمام بالضحية.

بهدوء خذي بيد الطفل المعتدي إلى مكان العزل، قولي له بحزم ولكن بصوت منخفض: لن أسمح لك بإيذاء الأطفال الآخرين وعليك الجلوس هنا إلى أن أخبرك متى تنهض.

لاحظي الوقت وابتعدي عن الطفل، لا تتكلمي مع الطفل أو تنظري إليه خلال مدة العزل. لو اقتربت طفلة أخرى من مكان العزل فأبعديها عنه بدون صخب، وقولي لها: (إنه يحتاج إلى أن يكون لوحده بعض الوقت، تستطيعين الحديث إليه عندما يرجع إلى الفصل مرة أخرى).

في نهاية الوقت اذهبي حالاً إلى الطفل، وقولي: (بإمكانك أن تنهض الآن) لا تشرعي في تأنيبه، فالطفل يعرف السبب وراء العزل، لتوجيه الطفل نحو سلوك بناء قد تقترح انخراطه في نشاط جار، عززّي الطفل حالما يقوم بنشاط مناسب.

4- العزل الخياري:

أحد الأشكال المختلفة للعزل التي استعملت بنجاح مع بعض الأطفال هو العزل الخياري. فقد يجد بعض الأطفال أحياناً أنفسهم وقد غمرتهم الضوضاء ومستوى النشاط والتأثير العام للفصل ويحتاجون إلى فرصة للابتعاد، وهذا يتطلب تخصيص مكان هادئ قليل الإثارة، وقد يكون هذا المكان داخل أو خارج الفصل، فإذا كان داخل الغرفة فهذا يتطلب أن يكون منعزلاً بما فيه الكفاية لإعطاء الطفل الإحساس بالبعد عن النشاط القائم والضوضاء في الفصل.

(ولد عمره سنتين ونصف كان كثير العدوانية والفوضى في الفصل وتأتيه نوبات الغضب 4 أو 5 مرات كل صباح، ولم يستجب على الإطلاق للمحاولات العادية لتغيير أو تعديل سلوكه، وقد لاحظت إحدى المعلمات أنه يبدو وكأنه مشحون قبيل حدوث السلوك السلبي، فبدأت المعلمات في مناقشة احتمال أن يكون الطفل ببساطة غير قادر على التفاعل مع مستوى الإثارة في الفصل أحياناً، واستحدثن طريقة جديدة، ففي اليوم التالي قامت إحدى المعلمات بالحديث معه فأخبرته أنها تستطيع أن تلاحظ متى يبدأ الشعور بالاضطراب عنده وسألته إن كان يعرف عندما يبدأ بالإحساس بالغضب !! فأخبرها بأنه يعرف ذلك، عندئذ أخبرته المعلمة بأنه حينما يبدأ بالشعور بالاضطراب فإن باستطاعته مغادرة الغرفة والذهاب إلى مكان مخصص وهو مكتب إحدى العاملات، وقد أثثت هذا الغرفة بطاولة صغيرة وكرسي وقليل من اللعب التركيبية، ولكن طُلب منه أن يُشعر المعلمة في الفصل متى ما غادر. وكان التغيير في الطفل أخاذاً، فمنذ ذلك اليوم نفسه انخفض سلوكه غير المقبول بسرعة وإن لم يختف تماماً، وكان يغادر الغرفة بانتظام للذهاب إلى المكان المخصص خارج الفصل، ولم يسئ أبداً استعمال الفرصة لمغادرة الغرفة، فلم يذهب إلى مكان آخر إلا لهذه الغرفة ويرجع خلال 5 أو 10 دقائق. وكان يغادر الفصل عدة مرات في اليوم، واستمر على هذا المنوال لمدة سنتين، وفي السنة الثالثة قلل الطفل عدد مرات الابتعاد عن الفصل ولكنه حافظ على خيار المغادرة، وفي هذه المرحلة كان قادراً على التعبير عن شعوره بالتحسن لاستطاعته مغادرة الفصل عندما يشعر بالارتباك.

عندما يبدو أن طرق التعامل مع السلوك السيئ قد فشلت، فقد تودين أن تأخذي في الاعتبار هذا الخيار، إلا أنه يجب عدم استعمال العزل الخياري بدون تمييز ولكن يجب تخصيصه للأطفال الذين يجدون صعوبة في التعامل لوقت طويل مع الإثارة المصاحبة لبيئة الفصل في مرحلة ما قبل المدرسة، وحيث أن سبب السلوك السيئ في هذه الحالة خارجي، فإن هذه الطريقة تعطي الفرصة للطفل لكي يسيطر على بيئته.

5- **الوقاية:**

إن أفضل طريقة تتبع هي إيقاف سلوك سيئ قبل أن يقع، ولكن استعمال الوقاية يعني أن الكبار قد راقبوا الطفل عن كثب فتكون لديهم فكرة جيدة عما يسبب السلوك السيئ ، فلو مثلاً لاحظت المعلمات أن الطفل يصاب بالإحباط بسهولة عندما لا ينجح في أداء نشاط معين ومن ثم يعمد إلى مهاجمة من حوله من أصدقائه، فإن عليهن أن ينتبهن إلى أي مناسبة يكون فيها لدى الطفل مشكلات في أداء نشاط معين، ولا يعني هذا أنهن يحلّن كل مشكلات الطفل، بل يعني أنهن يساعدن الطفل على اكتساب المهارات وطرق حل المشكلات.

والوقاية فعالة على وجه الخصوص مع الأطفال الأصغر سناً في مرحلة ما قبل المدرسة الذين لم تتطور لديهم بعد السيطرة على الذات أو القدرة على التعبير عن أنفسهم، كما هو الحال لدى الأطفال الأكبر سناً.

6- **تغيير التوجه:**

وهناك طريقة للاستعمال مع أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الأصغر سناً وعلى وجه الخصوص من عمرهم سنتين وهي تغيير التوجه، بموجب هذه الطريقة توجه المعلمة انتباه الطفل نحو نشاط آخر أو تقدم له لعبة مماثلة أو بديلة، فأطفال السنة الثانية من العمر لازالوا يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية للتعامل مع متطلبات المدرسة والمشاطرة، لذا تحتاج المعلمات إلى مساعدتهم على اكتساب هذه المهارات تدريجياً، ويجب عدم استخدام تغيير التوجه بشكل اعتيادي مع الأطفال الأكبر سناً في هذه المرحلة، لأنهم يحتاجون إلى الإرشاد إلى طريقة فعالة لحل المشكلات الاجتماعية.

7- **المناقشة:**

أحد الطرق التي تستخدم مع الكثير من الأطفال الأكبر سناً في مرحلة ما قبل المدرسة هي المناقشة، ففي كثير من الأحيان يكون الطفل ذو الأربع أو خمس سنين من العمر راغباً فعلاً في محاولة حل المشكلات السلوكية مع المعلمة، لأن الطفلة ذات السلوك السيئ لا تشعر بالغبطة نحو نفسها، ولو كانت الطفلة راغبة حقيقة في تغيير السلوك فإنك تستطيعين مناقشة هذا معها وبهذا تصبحين بالفعل شريكتها، ولمناقشة

هذا الاقتراح مع الطفلة يستحسن أن تجدي مكاناً هادئاً منعزلاً، فإن هي بذلت الجهد للتغيير فأنت تحتاجين إلى أن تكوني جاهزة لمساعدتها حتى تجيد المسلك الحسن.

8- الوقت الخاص:

وهناك طريقة فعالة تستخدم مع الطفل الذي يفرط في السلوك المثير للاهتمام وهي تخصيص وقت خاص، وحيث أن الكثير من العائلات اليوم سواء بأب واحد أو بأبوين عاملين مجهدة ومشغولة كثيراً، فإن الأطفال لا يحصلون على ما يحتاجونه من الاهتمام، وقد تكون النتيجة هي إساءة السلوك أو التصرف بطريقة شاذة.

فإن شككتي في أن السلوك السيئ عند طفل ما هو إلا صرخة من أجل الاهتمام - أي اهتمام - فقد ترين استخدام طريقة الوقت الخاص، وهذا يعني أن تخصص المعلمة دقائق معدودة كل يوم أو يوماً بعد يوم أو حتى مرتين في الأسبوع، حيث تمضي بعض الوقت مع هذا الطفل فقط، وهذا لا يكون عادة سهلاً مع فصل ملئ بالأطفال، ولكن الجدولة الماهرة قد تساعد، فقد تتوفر الفرصة في الصباح الباكر أو في آخر النهار قبل وقت الإقفال، وقد يتيسر الوقت في وقت الراحة أو بعدها، كذلك فإن الطلب إلى المشرفة المشاركة أو فحص جدول المعلمات يمكن أن تساعد على إيجاد بعض الوقت هنا وهناك للوقت الخاص لطفل أو أكثر.

يجب أن يكون الوقت الخاص للطفل فقط منفرداً مع المعلمة، وتستطيع المعلمة أن تسأل الطفل عما يريد عمله في الوقت الخاص، ثم تطبق الاقتراح، وكم هو مدهش كيف يمكن للاستثمار في وقت ضئيل أن يحقق تخفيضاً كبيراً في السلوك الشاذ. وبهذا فإن المعلمة على المدى الطويل ستمضي وقتاً أقل للتعامل مع السلوك السيئ وستوجد جواً أكثر إيجابية في الفصل.

9- لوحة النجوم:

تؤدي لوحة النجم دورها بفعالية إن هي ساعدت الطفل على حيازة سجل مرئي وملموس يُظهر تقدمه نحو السلوك المرغوب. ولذلك فهي مُعزز مرئي له فعالية أكثر بالنسبة لبعض الأطفال وفي بعض الظروف، وليس القصد أن يكون للوحة النجم

وظيفة عقابية، ولهذا فإنه يجب أن لا تستعمل لإظهار تخلف الطفل عن القيام بالسلوك المناسب، بل يجب أن تكون سجلاً للنجاح لا للإخفاق.

وهذه اللوحة سهلة الإعداد، تسجل الأيام على طول جانب اللوحة وفراغات للصق النجم أو أي ملصق آخر عندما يؤدي الطفل السلوك المناسب، ويمكن ببساطة إضافة نجم كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء سلوك معين، أو يمكن وضعها على اللوحة في حيزات مرتبطة بالوقت، ويعتمد طول الوقت على السلوك محل الاهتمام.

إن هذه الطرق الإرشادية التي تستخدمها المعلمة هي أساسية في تشكيل سلوك الأطفال، ويعتمد استعمال هذه الطرق على الطفل وعلى السلوك السيئ أيضاً، ويمكن استخدام أساليب محددة أو مجموعة مركبة من الطرق للأنواع المختلفة من السلوك.

وعلى المعلمة الاعتماد على حكمتها في تقرير إن كانت الطريقة المقترحة تناسب الطفل والحالة التي تبحث لها عن حل. وعلى الرغم من أننا نستطيع تطبيق بعض المبادئ العامة إلا أن لكل طفل ولكل معلمة ولكل حالة متطلبات مختلفة.

فالعلاج النفسي هو نوع من العلاج تستخدم فيه طريقة لعلاج المشكلات ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه. والعلاج النفسي هو علاج الأطفال المضطربين اجتماعياً وانفعالياً وسلوكياً. ويقوم العلاج النفسي التربوي على أساس مبادئ ونظريات التعلم مثل الحوافز والدوافع للنجاح والتعزيز...الخ. وذلك لتحسين السلوك البنّاء وانطفاء السلوك المضطرب.

أساليب العلاج النفسي والتربوي:

فيما يلي مجموعة من الأساليب التي يمكن أن تستخدم في علاج مشكلات الأطفال.

أولاً: العلاج باللعب

يعتبر اللعب من الطرق الهامة في دراسة وتشخيص وعلاج مشكلات الاطفال وفي هذا الصدد تذكر سوزانا ميلار ان العلاج باللعب استخدم حتى في اطار طرق العلاج الاخرى مثل إستخدام فرويد علاج الاطفال مضطربي العقل بهدف ملاحظاتهم وفهمهم.

ويعرف اللعب بأنه لغة الطفل الرمزية للتعبير عن الذات. فمن خلال اللعب يمكن ان نفهم عنه الكثير فهو يكشف عن نفسه أثناء اللعب أكثر من الكلمات.

ويعد اللعب وسيلة يفهم بها الاطفال عالم الكبار واكتساب اللغة ولعب الدور واللعب الحر يعطي الطفل حرية الابتكار وينمي عنده الخيال.ويستخدم اللعب كطريقة علاجية في حد ذاته والعلاج باللعب حيث يستغل للتنفيس الانفعالي وتعلم السلوك المرغوب.

وتعد فرجينيا أكسلن من اوائل المهتمين بالعلاج باللعب وأكدت على اهمية اللعب في انخفاض الشعور السلبي ونمو الشعور الايجابي نحو الذات والاخرين.

ويستند العلاج باللعب الى الأهمية النفسية للّعب وأدوات اللعب وذلك على النحو التالي:

1. يفيد اللعب في النمو النفسي والعقلي والإجتماعي للطفل.
2. يشبع حاجات الطفل مثل حب التملك.
3. يكمل بعض أوجه النشاط الضرورية في حياة الطفل اليومية.
4. يفيد اللعب في دراسة سلوك الطفل من خلال اللعب وملاحظته.
5. يعتبر اللعب مهنة الطفل.

- **استخدام اللعب في العلاج**

يعتبر اللعب اسلوب علاجي هام للأطفال المصابين باضطرابات نفسية حيث يتاح للمعالج فرصة ملاحظة الطفل أثناء اللعب ويتيسر له ضبط وتوجيه سلوكه.

ويكوّن المعالج العلاقة العلاجية بالطفل من اللحظة الاولى التي يصطحبه فيها الى حجرة اللعب إذ يعامله بتسامح وعطف وثقة تاركاً له الحرية في أن يلعب بالأشياء

التي يرغبها وبالطريقة التي يراها دون خوف أو لوم أو عتاب ،وهذا يؤدي الى زوال القلق وخفض التوتر.

ويعتبر العلاج باللعب فرصة ممتازة لنمو الطفل. ففي اطاره يكون الطفل أهم شخص وهو المسيطر على نفسه وعلى الموقف ولا أحد يصدر اليه أوامر ولا أحد يتدخل في شؤونه وهو هنا يشعر بأنه فرد له كيانه ويتمتع بكل الحقوق وأنه يستطيع أن يقول أي شيء يريده ويستطيع أن يفعل ما يحلو له.أنه مقبول تماماً.

أما عن مشاركة المعالج في اللعب فقد يشارك وقد لا يشارك وهو حينم يشارك الطفل في اللعب في جو سمح يسوده العطف والثقة والتقبل فقد يتخذ موقفاً ايجابياً فيصمم لعبة معينة ويبدأ هو نفسه هو باللعب مشجعاً الطفل علىلا الاشتراك معه، وهنا يعكس المعالج مشاعر الطفل ويوضحها لهحتى يدرك نفسه ويحدد امكانياته ويصبح بالتدرج قادراً على ان يفهم ويحقق ذاته وان يفكر لنفسه بنفسه دون الاعتماد على المعالج.

ويعتبر اللعب وأدوات اللعب مثيرات تجعل الطفل يتكلم او يمثل خبراته وصراعاته بطريقة درامية مما يتيح له فرصة التعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات التي تنشأ عن الصراع والإحباط.

فعندما يعطى الطفل أدوات اللعب يبدأ في التعبير عن مشكلاته التي لا يستطيع التعبير عنها لفظياً.

وقد يلجأ المعالج الى توجيه بعض الاسئلة للطفل أثناء لعبه وقد يشجعه على تكرار موقف او مواقف تمس مشكلاته الانفعالية فيعبر الطفل عن انفعالاته ويفرغها تفريغاً تاماً.

وعلى العموم فإن نجاح العلاج باللعب يتوقف على شخصية المعالج وقدرته على ان يضع نفسه موضع الطفل وعلى ان لا يقف موقف المعارض او المندهش وقد يشرك المعالج الوالدين ويتم في اجتماعات ينظمها المعالج ويحضرها الوالدان وكذلك سائر أفراد الأسرة اذا تسنى ذلك.

- **العلاج النفسي الجماعي باللعب**

هو علاج عدد محدود من المرضى الذين تتشابه مشكلاتهم في جماعة علاجية صغيرة وهو طريقة المستقبل, وهو علاج يقدّم لعدد محدود من الأطفال في وقت واحد ويستخدم أساساً في اللعب كأسلوب تشخيصي وعلاجي مع الأطفال الصغار.

- **الإرشاد باللعب**

وهذا يقوم على اعطاء الطفل فرصة ليسقط مشكلاته سواء كانت شعورية او لا شعورية والتي لا يستطيع التعبير عنها عن طريق اللعب بأنواعه المتعددة حيث يعد اللعب مخرجاً وعلاجاً لمواقف الاحباط اليومية ولحاجات جسمية ونفسية واجتماعية لا بد ان تشبع.

وهو أسلوب مفيد جداً يعتمد على مراقبة المرشد للطفل وهو يلعب ومفيد في حل بعض مشاكل التلاميذ لا سيما النزعات العدوانية.

ما هي اهم المشكلات التي يُجدي معها العلاج باللعب؟

1. الاطفال الانسحابيون والانطوائيون الذين يعجزون عن التعبير عن مشاعر الحب أو الاندماج مع الاخرين.
2. الأطفال الذين يتمتعون بحماية زائدة.
3. الأطفال الذين يعانون من الخوف.
4. الأطفال الذين يدّعون مهارات وهمية.

العلاج باللعب يُكسب الاستبصار:

وذلك من خلال العلاج الجماعي باللعب سيستطيع الاطفال تقييم سلوكهم على ضوء استجابات الأقران في مجموعة اللعب, ويكتسبون قدراً كبيراً من الوعي بالذات وأيضاً يستطيعون مواجهة المشكلات من خلال مواقف اللعب الشبيهة.

وفي العلاج باللعب يتم تشجيع الطفل على ان يمثل وان يعيد تمثيل المواقف الذي يعاني منه كالتوترات وان يظهر المشاعر المكبوتة في الحياة الواقعية وربما يعبر عنها

بطريقة رمزية فقد يسب دمية تمثل الأب كيفما يشاء وقد يُغرق في الماء دمية تمثل الخ الاكبر.. الخ. ويتحقق في هذا العلاج ما يلي:

1. إشباع الرغبات.
2. تكرار إظهار الخبرات السالبة.
3. القيام بالأدوار المعكوسة التي لا يستطيعون القيام بها في الحياة الواقعية أو المواقف في الحياة الخارجية.

ثانياً: العلاج بالموسيقى

هو تعامل موسيقي مع المريض بهدف علاج وهو حل للمشكلات والتغلب على الاضطرابات وعلاج الأمراض النفسية والوصول الى حالة التوافق والصحة النفسية.

يعيش الطفل في عالم كله حركة وصوت وشكل ولون من خلال هذه الاشياء حيث تستطيع الموسيقة اذا كانت محبوكة ومتداخلة تماماص كالنسيج بكل مظاهره ان تسهم في تخفيف مشكلات الطفل ويجب أن تكون حصة التربية الموسيقية مزيجاً من الحركة وتكتيك الجسم والاسترخاء والثقافة السمعية والعمل الابتكاري.

ومن اهم اهداف العلاج الموسيقي:

تحسين السلوك الاجتماعي والانفعالي ونمو الشخصية ككل عن طريق خبرات موسيقية مدروسة.

أسس العلاج الموسيقي:

يقوم العلاج بالموسيقة على اساس انه علم وفن وعلاج وانها تؤثر في الحالة النفسية والجسمية وانها لغة عالمية شائعة ذات امكانيات تعبيرية واسعة بعناصرها وانها تؤثر في السلوك بوجه عام ولها أثر فيسيولوجي وأثر انفعالي وأثر اجتماعي عقلي وتربوي.

وهناك علاقة وثيقة بين المثير الموسيقي والاستجابة الناتجة التي تثيرها في المستمع وتستثير الموسيقى استجابات لدى المستمعين تتجلى في شكل تغييرات ظاهرية في السلوك.

العلاج بالموسيقى:

والتفاعل مع الموسيقى يكون عن طريق السمع والإحساس السمعي و المعنى العقلي والإدراك الموسيقي والتجاوب الانفعالي إلى درجه التوحد مع اللحن ومن هنا تبدو الفروق الفردية في التذوق الموسيقي.

والموسيقى لها أساس انفعالي ولها أثر انفعالي فالنغم تعبير انفعالي يؤثر في الانفعالات والموسيقى هي لغة تعبير عن الانفعالات والعواطف والمشاعر وهي أقوى الفنون تحريكا للانفعالات والعواطف والموسيقى تلازم الإنسان في حبه وفي مرحله في الحزن.

وعندما يندمج الفرد مع الموسيقى مؤديا أومستمرحا فإنه يخبر محتواها الانفعالي ويعيشه فهي تنتسب إلى عالم الانفعالات بكل عمق.

وأما عن الأثر العقلي للموسيقى فهي تثير خيال المستمع خصوصا إذا صاحبها غناء صوتي يفسر معانيها وتلعب القافه الموسيقية دوراً هاماً في الإستجابة لها، بالإضافة إلى ذلك فإن للموسيقى أثر في تنمية النواحي العقلية وخاصة تنمية الإدراك الحسي وتنمية القدرة على الملاحظة والقدرة على القراءة والكتابة الموسيقية.

وأما الأثر التربوي للموسيقي. فإن كل مقطوعة موسيقية تعتبر هديه ثقافية قيمة تقدم للجنس البشري والموسيقى أداة فعاله في التربية فهي تساعد التلاميذ في تعلمهم وفي لعبهم.

وهي تنمي الاستمتاع العقلي المعرفي والتذوق الجمالي وتوسع الإدراك الأثر العلاجي للموسيقى.

للموسيقى دور وتأثير في علاج الأمراض النفسية وتخطط الخبرة الموسيقية العلاجية وتوجه لتحقيق آثارها العلاجية الخاصة المرجوة لدى المريض والموسيقى تجلب السرور وتبعد المريض عن أعراض مرضه وهي تفجر ينابيع الانفعال وتخفف المخاوف وتنمي إمكانيات التعبير عن النفس.

والموسيقي تدرب إحساس المريض بالجمال حين يهتم بفعالية في الإيقاعات والأغاني والعزف الموسيقي إذا أمكن. وهي تنقل المريض المنطوي من عالمه الذي انسحب إليه إلى منبسط يتفاعل مع العالم الخارجي المحيط به.

والموسيقى تزيد التفاعل بين المعالج والمريض وتحيي الخبرة الموسيقية العلاجية بصورة أفضل وتثير حماس المريض وشعوره بتحقيق النجاح وإنما تيسر خبرات تؤدي إلى النجاح وتؤكده والنجاح يؤدي إلي مزيد من النجاح والموسيقى توسع مجال الخبرة التي يشعر فيها المريض بنفسه وتنمي الشعور بقيمة الذات ومكانتها وتحقيق الذات والإفتخار بالذات وتنمي ثقته بنفسه، كما تتيح الموسيقى فرصة تعويضه للعميل المعوق مما يساعده في تقبل ذاته والتخفيف من تأثير إعاقته.

والموسيقى تثير في المستمع ذكريات وخبرات سابقة مختزنه وتعبر عما يختلج في النفس من عواطف وإنفعالات لذلك يمكن استخدامها كأداة للحصول على عينات من هذه الخبرات الانفعالية والخيالات اللاشعورية. التي تعبر عن المشاعر الخاصة تتمركز حول الذات التي تستجيب لسماعها وتتلون بالمزاج الشخصي للمستمع وتكشف عن النشوة والمرح أو الحزن أو الإكتئاب.

عيادة العلاج بالموسيقى:

إن أفضل مكان لعملية العلاج بالموسيقى هو "عيادة العلاج بالموسيقى " كعيادة متخصصة وإن لم توجد فحجرة العلاج بالموسيقى في العيادة النفسية. وفي حجرة العلاج بالموسيقى توجد على الأقل آلة (غالبا بيانوا أو أواج) يجيد المعالج العزف عليها.

ويمكن أن يوجد عدد آخر من الآلات الموسيقية البسيطة والمتنوعة بالإفة إلى أجهزة الراديو وأجهزة التلفزيون،

وإلى جانب حجرة العلاج بالموسيقى توجد حجرات خاصة بالإختبارات النفسية والموسيقية وحجرة خاصة بطرق العلاج.

الموسيقى كعلاج مساعد:

تستخدم الموسيقى كعلاج مساعد مشترك مع طرق العلاج الأخرى سواء الطبي النفسي مما يدعم أثرها وفي هذه الحالة لا تكون الموسيقى هي النشاط الرئيسي في عملية العلاج ولكنها تكون علاجا مصاحبا لأنشطة علاجية أخرى ويحتاج الأمر إلى إختبار مقطوعات موسيقية تتفق مع العلاج المصاحب.

وتدخل الموسيقى كعلاج مساعد ضمن البرنامج العلاجي في مستشفيات الأمراض النفسية والعقلية حيث يقسم المرضى إلى فئات حسب شخصياتهم ويقدم لكل فئة علاج مناسب والعلاج بالموسيقى يعتبر أساسا في العلاج بالترويح ويمكن أن تصبح الموسيقى إحدى هوايات المريض وتدخل الموسيقى في عملية العلاج بالعب خاصة في حالات الأطفال ويصاحب العلاج بالموسيقى العلاج بالعمل.

تعديل وتغيير السلوك:

الموسيقى تلفت إنتباة المريض ويصاحبها إرتباطات وأفكار تؤدي إلى سلوك يمكن توجيهه، والموسيقى تيسر السلوك المنتظم مع الواقع لأنها واقع يحياه المريض في الخبرة الموسيقية.

والموسيقى تنظم السلوك حسب مستويات الإستجابة النفسية مثل الحاله المزاجية ومثل الدافعية للإنجاز والصمت الذي يصاحب الإستمتاع للموسيقى هو صمت علاجي فمثلا مرض العصاب حين ينصتون إلى الموسيقى لا يتكلمون إلى ذويهم فيقلعون عن الكلام عن مخاوفهم التي ينشطها التكرار والتي قد تؤثر على الآخرين خاصة الأزواج والأولاد.

فاعلية الموسيقى في العلاج:

موسيقى الإسترخاء تجلب السرور وتفجر الإنفعال وتخفف المخاوف وتنمي التعبير عن النفس والإحساس بالجمال أماالموسيقى المثيرة النشطة تكون قوية عالية الطبقة وغير منتظمة خاليه من الرقابة وتموجاتها سريعة تنشط مرض الإكتئاب.

أما عن الموسيقى الهادئة وتناسب سرعة التنفس إيقاعها هادئ _ ولحنها بسيط تعرف على آله واحدة مثل الفلوت أو الكمان تستخدم للتهدئة من حالات التهيج.

ومع تقدم العلاج بالموسيقى يكون المريض لنفسية فلسفة عامه في الحياة لتحقيق أهداف جديدة أكثر واقعية ويشعر بقدرته على الإستقلال والثقة بالنفس والتفكير السليم والقدرة على حل مشكلاته وعلى العوم فإن الموسيقى كفن تضيف إلى تكامل شخصية الفرد بصفة عامه.

ثالثا :العلاج بالفن

يعتبر العلاج النفسي بالفن واحد من الطرق العلاجية الهامة شأنه باقي الطرق العلاجية، ومن أوائل من قدموا إسهامات رائدة في هذا المجال مار جريت نومبوج وجيمس ديني.

والعلاج النفسي بالفن: عبارة عن طريقة تقوم على تناول وإستخدام وسائل التعبير الفني التشكيلي وتوظيفها بأسلوب منظم ومخطط لتحقيق أغراض تشخيصية وعلاجية وتنموية وفق أنشطة فردية أو جماعية حرة أو مقيدة وذلك وفق خطة العلاج وتطور مراحلها وأغراض المعالج وحاجات المريض.

والعلاج النفسي بالفن له وجهان:

1- **الفن التشكيلي:** وهو التعبير الفني (غير اللفظي) بالرسم أو أعمال الفخار والخزف حيث يتم التعبير عن الخبرات الدفينة والمستمرة والمكبوتة المسببة للمشكلات والاضطرابات السلوكية.
2- **العلاج النفسي:** حيث يتم تفسير ومعرفة حقيقة تلك الخبرات وإيجاد حلول للمشكلات وإحداث تغيير للأفضل في شخصية الفرد وفي حياته بصفة عامة.

والعلاج بالفن علاج وفن أكثر من فن يستخدم علاجيا أو علاج مضاف إليه بعض الفن وإنه تركيب وكيان جديد وإن مثله كمثل الماء ليس مجرد هيدروجين وأوكسجين.

هدف العلاج بالفن:

- مساعدة المريض على بناء الطريقة التي ينظم حياته ويعيشها ويدركها.
- طرح الخبرات الحياتية المؤلمة غير المرغوب فيها وإستبدالها بخبرات معلمه مثيرة وذات قيمة.

- تحريك المريض من حالة الشعور بالاغتراب والعدوانية والتمركز حول الذات والقلق إلى حاله تسودها مشاعر الحب والتعاطف والرغبة في التعلم والنمو والإقبال على الحياة والشعور بالتوازن والسلم الداخلي.
- **أسس العلاج النفسي عن طريق الفن:**

يقوم العلاج عن طريق الفن على الأسس التالية:

- المريض لديه قدرة كامنة للتعبير عن نفسه تلقائياً ولا شعورياً عن طريق الفن كوسيلة تعبير غير لفظية تتيح إظهار محتويات لاشعورية على مستوى الشعور حيث يمكن مواجهتها والتعامل معها في إطار الواقع.
- المريض لديه حاجة للتعبير عن ذاته والتعبير الفني التشكيلي بطبيعته رمزي لفظي ورسالة بصرية ووسيلة إتصال وحوار بين الشخص المعبر والمحيطين به والعمل الفني تعبير باليد عما في العقل وإخراج ما بالداخل ليراه الفرد ويراه غيره.
- المريض قد يكون لديه خبرات يعجز عن التعبير عنها لفظيا، ويمتنع عن الكلام عنها ويعبر بالفن التشكيلي بصورة رمزية غير لفظية تكشف عن الكيان الداخلي فتعطى فرصه لتشخيص المعاناة وتنفيس الضغوط والتوترات.

التعبير الفني للمريض:

- العمل الفني تعبير رمزي يعكس - وكأنه مرآه - شخصيته المريض ودوافعه وصراعاته وحاجاته الخاصة ومشاعره واتجاهاته وعلاقته ببيئته الأسرية والإجتماعية، كذلك فإن التكنيكات والألوان لها دلالات وقيمه تشخيصية هامه وخاصة في حاله التكرار والإستمرار: ومن أمثلة ذلك التعبير بخطوط مهوشة وأشكال طفولية ناقصة في حالات الفصام واستخدام الألوان القاتمة في حالات الإكتئاب.
- التعبير الفني التلقائي يتيح فرصة إسقاط مصور لمكنونات نفسية داخلية مثل المخاوف والمشاعر وتجسيدها في أعمال فنية خارجية مرئية بصورة أسهل من التعبير اللفظي عنها. مما يعين المريض على النظر في مشكلته وإضطرابه بموضوعية متزايدة.

- التعبير الفني التلقائي وسيلة للتنفيس عن الإنفعالات والتوترات والصراعات والوسواس والمشكلات وخروج كل هذا عن طريق التعبير الفني يساعد الفرد على اكتشاف ذاته والوعي بها والإعتراف بهذه المواد التي طفت من أعماق اللاشعور إلى دائرة الشعور وتقبلها ومواجهتها بدلا من إنكارها وكبتها أو التعبير عنها في شكل سلوك مضطرب مرضي.
- التعبير الفني قد يقوم مقام حبل الدفاع النفسي (اللاشعورية). مثل التعويض. والإعلاء. فالفن وسيلة تعويضية عما يشعر به الفرد من عجز وقصور نفسي أو جسمي أو اجتماعي، حيث يشبع عن طريق حاجاته ورغباته المحبطة في الواقع، والفن وسيلة مقبولة اجتماعيا لإعلاء الدوافع التي لا يقبلها المجتمع والتسامي بها والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعيا.
- العمل الفني يشعر الفرد بالإنجاز والنجاح والثقة بالنفس وعدم الأنا والشعور بالهوية وعدم النضج النفسي.

- وعندما يبدأ الطفل في التعرف على بيئته ويحس بما حوله ويتأثر بمعنى الأشياء التي تدور في فلكه ويتفاعل معها يجد دافع قوي للتعبير عن ذلك بمختلف الوسائل.
- نحت الأطفال يمثل الإستجابة الية للأطفال نحو التعبير عن مظاهر البيئة وكلما صغر الطفل كانت مدلولاته بعيدة عن التفاصيل أقرب للأشكال الهندسية غير المنتظمة منها إلى الطبيعية فقطعة الطين إذا صادفت منه اهتمام فتشكل إلى عمل جيد يعكس كيان الطفل وإدراكه ونضجه الجسمي ومهاراته.

- كلما صغر سن الطفل اتجه إلى الرمزية في النحت ولكن لا يستمد هذا الإتجاه الرمزي الذي لا يتقيد فيه بالواقع ولا بالنسبة أو التفاصيل لأنه يدرك الكون ويستطيع أن يوائم بين الحقيقة الفكرية وبين العالم الواقعي أي ينتقل من عالمه الذاتي إلى الموضوعي.

رسم الوجوه عند الأطفال:

- أن قسمات الوجه وملامحه من الأشياء التي تثير الأطفال ونجاحه في السن الصغير وهم يرسمون الوجوه بلا تردد وتأتي محملة بالمعاني وتعكس الإنفعالات الطاقة داخل الطفل على اعتبار أنه شخص متميز له وظروفه.
- الوجوه التي يرسمها الأطفال لا تكون وليدة الصدفة فاختيار الطفل لها وإبرازها بشكل معين يرتبط بخبرات قد مر بها الطفل وتكون الأشكال قد لعبت دورا كبيرا في اللاشعور وأثرت دون وعي في حواسه ثم خرجت لنا بهذا الكيان بعد أن ترابطت واتخذت لها ملامح خاصة.
- الأطفال بطبيعتهم يستطيعون بقليل من المهارات أن ينقلوا إلينا معاني كثيرة عن الشخصيات التي يتأثرون بها وتؤثر فيهم بلغة الفن ينقلون لنا شخصية الساذج والقاصي والضاحك والباكي.
- رسم الوجوه إذا استغلته المعلمة استغلالا جيدا لاستطاعت أن تترجم الكثير من انفعالات التلاميذ ولا يكون مجرد نقل فوغرافي للطبيعة.وأما التكرار في رسوم الأطفال يعني الترديد لرسم عنصر معين بتفاصيله وهيئته العامة دون خروج ظاهر عن الأصل ويظهر هذا التكرار عادة في الموضوعات التي تزدحم بالعناصر أيا كان نوعها وبخاصة الأشخاص.

والتلميذ قليل الذكاء هو الذي يكرر رموزه وعناصره تكرار آلي خالي من الفكر أما التلميذ المبتكر المدقق فأنه يعيش مع كل عنصر على حدة أحيانا يكرر الطفل ولكن يفيد في بعض النسب لبيان أهميتها.

والعلاج بالفن يعتبر إنتاج وتعبير غير لفظي بالرسم يهدف إلى طرح الخبرات المؤلمة وتحويل حالة الطفل من الشعور بالإنطواء إلى مشاعر الحب والتعاطف والتوازن ويتيح إظهار محتويات لا شعورية على مستوى الشعور حيث يمكن من خلالها مواجهة الواقع والتعامل معه فالطفل يكون لديه خبرات يعجز عن وصفها لفظياً والرسم يعطيه الفرصة للتعبير عن المعاناة

ويعتبر فرصة لإسقاط الخبرات المكتوبة مثل المخاوف والمشاعر المرفوضة كما أنه وسيلة للتنفيس الإنفعالي ويقوم مقام الحيل الدفاعية في الإعلاء والتعويض.

ويستطيع الأطفال من خلال الشخبطة والرسم الحر ورسم المشاعر والعواطف والتعبير عن المشكلات ويتم التحليل لشخصية الطفل في ضوء مايلي:

- فئات الأشكال
- النسب. والتفاصيل
- الحركة والتفاعل. نوع الجسم الماثل في الرسم.
- أبعاد وخلفية الرسم.
- الخطوط المائلة والمستقيمة.
- التسطيح والخلط والمزج والحذف والإهمال.
- خط الأرضية والقاعدة. وعلى العموم يخفف الرسم إلى حد كبير الكثير من مشكلات الأطفال.
- رموز تمثيل الزمان والمكان.

رابعاً: العلاج الواقعي

يعد العلاج الواقعي احد التيارات الحديثة في مجال العلاج النفسي اذا ظهر اول كتاب في العلاج الواقعي لمؤلفة ومؤسسة وليم جلاسر وان هذا النوع من العلاج والذي يعتبر مختلفا عن العلاجات التقليدية يقوم اصلا على ضرورات ثلاثية يجب تعلمها وهي:

1- الواقع
2- المسؤولية
3- الصواب والخطأ

اهتم العلاج الواقعي للحد من المشاكل الاجتماعية وركز على تحقيق الهوية الاجتماعية الناجحة عن طريق اشباع الحاجات الاساسية والتشخيصات التي وصفت في DSM.4 لم تكن امراض عقلية لكنها على نظرية الاختيار توضيح كيف نختار ان نسلك في طرق والتي تحسن علاقتنا وتعليم المعالج نظرية الاختيار جزء من العلاج الواقعي والمعالج الواقعي الكفء يتعتبر سيد في فن التكوين علاقات اجتماعية والاندماج مع الطفل ومن هذه العاقة يتعلم الطفل ان يثق بالمعالج ومن هذه الثثقة يتعلم ان يوقف الاعمال المخرجة ويصبح لدية اعمال بناءة.

ويعمل المعالج الواقعي كمعلم وهذه المهاره اساسية في العلاج عملية تعليم مستمرة طيلة الحياه وكمعالج جدي دائما يظهر بكل لائق ومناسب وقادر على عمل علاقات جيدة في حياتهم ولديهم علاقات جيدة والسؤال الاساسي في هذا العلاج هو ما هي الحياه الناجحة ؟

الاجابة الجزئية هي ان يكون لدى شخص رضا واخد تلك العلاقه تمكنة ان يرضى الأوامر الموجودة في وراثته، ينظر جلاسر نظرة ايجابية للإنسان ويثق بقدرة الأفراد على ملائمة خبراتهم التعليمية والمساعدة على اتخاذ قرارات جيدة حول المناهج.

والهدف العام للعلاج الواقعي هو مساعدة الافراد في مقابلة ((تلبية)) حاجاتهم النفسية مثل الانتماء، القوه، الحرية، واثناء مساعدة الافراد لتلبية حاجاتهم يؤكد جلاسر ان الافراد يجب ان يتصرفوا بمسؤولية وان يتصرفوا بطريقة لا تتعارض مع الافراد الاخرين في متابعه حاجاتهم ولتحقي ذلك ياخذ الاتجاه الواقعي مسار تعليمي اما الاحلام لا تلعب دور في العلاج الواقعي.

والنقطة المهمة للغاية هي ان العلاج بالواقع ليس بالشيء الذي يجب ان يكون لقلة من المتخصصين المدربين تدريبا عاليا بل انه في متناول كل فرد بصورة سهلة وواضحة يجب ان تكون ضرورية حيث دعائمة وركائزة هي اساس الحياه الاجتماعية الناجحة التي نرضاها في كل مجال ان الانماط الاكلينيكية تمثل تطبيعا اجتماعياً ناقصاً وان العلاج لكي يكون منسقا وفعالا يلزم ان يتبعه في كل الحالات نحو عمل الفرد على أن يكون أكثر مسؤولية وواقعية بمعنى الرغبة في القيام بتضحيات فورية من اجل اشباعات ومكاسب بعيدة المدى وتتمثل المشكله العلاجية أساساً في حمل الشخص على أن يقلع عما يمكن تسميته بمبدأ اللذة البدائي وان يعتنق مبدأ الواقع الذي ينطوي على سعي – طويل المدى – وراء اللذه يتسم بالحكمة والاستشارة ويمنع إشباعا وسرور و سعادة فليس من اليسير ان يتخلى المرء طوابعه عن مصدر لذة أكيدة وفورية مقابل إشباع اكبر ولكن بعيد وغير مؤكد.

ويركز العلاج الواقعي على احتياجات اليوم ويركز على التغيرات الحاضرة في مجموع السلوك ليست الاتجاهات والشعور فحسب.

إن الاستماع الى الحالات المرضية حول مشاعرهم يمكن أن يكون له أثر كبير وعند يتحدثون حول مشاعرهم المنطوية على مشاكل فان على المعالج الاهتمام بهذه المشاعر والاحتياجات لتشجعيهم على العمل لتغيير ما الذي هم يفعلونه ويعتقدونه اذ يهتم العلاج الواقعي في كسب إدراكة حول مجموع السلوك الحاضر لأن هذة المساهمات تساعد الشخص في أن يحصل على ما الذي يريدة وتطوير وصف ايجابي للذات.

وجوهرة العلاج ان يناقش المعالج مع المعالجين توجية وقيادة معيشتهم بشكل عام ويتضمن الى ان يذهبون واين يقودهم سلوكهم هذا الاكتشاف التمهيدي لتقييم لاحق فيما اذا كان هناك وادارة مرغوب فيها.

أهم استراتجيات العلاج الواقعي:

1- **التساؤل:** يسال المعالج اسئلة كثيرة يستكشف السلوك الكلي.

2- **كونه ايجابيا:** المعالج يركز على ماذا يفعل المتعالج.

3- **الدعابة او الفكاهة:** يجب ان توجد الدعابة في بيئة الصداقة.

4- **المجابهة او المواجهة:** لان المعالج لا يوافق على الأعذار.

5- **تقنيات التناقض:** عمل خطط الحصول على التزام من المتعالج للخطة يمكن ان يعمل مباشرة.

ويشير جلاسر الى ان العلاج الواقعي يعد من الاساليب الفعالة في اشباع الطفل لحاجاتة الاساسية بحيث يؤثر هذا بدورة على تعديل سلوكة وان يكون كثر تحملا للمسئولية، فتدريب الطفل على التعلم واتباع السلوك الصحيح هو افضل الطرق والاساليب التي قدمها جلاسر لإشباع حاجات الأطفال النفسية.

وأشار الى أهمية توفير التعلم الجماعي داخل الفصول الدراسية مما لها ما اثر تربوي فعال في ارشاد التلامذ وتحقييق حاجاتهم ومتطلباتهم في جو يسودة الدفء باعتبار ان المدرسة يكمن ان تكن بيئة تربوية ذات مناخ نفسي سليم للتلميذ والمدرس.

ومن هنا يأتي جلاسر على راس قائمة خبراء الانضباط المدرسي لان فرضياته تعتمد على ان السلوك الطفل أن يعدل للأفضل.

تتلخص فنيات العلاج الواقعي بـ:

1- الاندماج
2- مواجهة السلوك الشائع
3- تقيم السلوك
4- مسئولية السلوك
5- التعهد
6- رفض الأعذار
7- تجنب العقاب

وأخيرا يمكن أن يطبق العلاج مع الأفراد أو المجموعات ومع أي مشكلة نفسية.

خامساً: العلاج بالدراما

في عام 1979 عرفت الجمعية البريطانية للمعالجين بالدراما ان العلاج بالدراما هو الوسائل تساعد على الفهم والتخفيف من المشاكل النفسية والاجتماعية.

وهو يتيح للمريض من خلال الدراما استخدام الأساليب الدرامية.

الأسس الدرامية ومصادرها:

1- دراما الطفل ولعبة الإيهامي.
2- من العرض المسرحي.
3- النصوص والمصادر المتنوعة للدراما.
4- الدراما الشعبية والطقوس.

والمسرح يساعد على تربية السلوك الوعي والتنفيس عن بعض المكنونات وذلك لان الحياة اليومية لأتصنع الفرد الا فرصا ضئيلة للتعبير عن عواطفه تعبريا مرضيا وهو اذا لم يعد مجالا منظما لذالك نجدة ينفجر اثناء عملة ويثور لاتفة الاسباب فيفرغ ما يجدة في نفسة من بين العواطف على من قدر له ان يلتقي بة او يتعامل معه ولهذا نجد مجتمعنا يحفل بالقسوة والخشونة التي لامبرر لها. فالمسرح يحقق للاطفال نوع من

الاستقرار والاتزان النفسي يؤكد ايضا ان صحتنا النفسية تتوقف على مدى ما يتاح لنا من الفرص للتعبير عن انفعالاتنا وافكارنا اونا التمثيل ليس مجرد محاولة هادئة او وجدانية يستطيع بها الانسان ان يجد لنفسة بتجاربة ملائما في الحياه لاشباع حاجاتة سواء كانت ام فلسفية بل هو ايضا اسلوب في تكيف الدوافع الداخلية التي تشتمل في قرار نفسة.

ويصبح التلميذ بعد ذلك لا طلاق العنان لمشاعرة ورغباتة حتى تتفتح له الامور المنطقية والمعقولة وتطهر التلميذ من العوامل الضارة الكامنة لدية لانه يقوم اثناء التمثيل بتجريب مواقف الحياه المختلفة سواء كان هذا التجريب خياليا او واقعيا مثلما يفعل الفرد في استجابة البدنية للماديات من حولة وهو بذلك يدرك نماذج ومعاني احتمالات جديدة في الحياة فهو يمثل مشاكلة وامالة ومخاوفة ممتزجة بالاتحاة العام لحياة مجتمعية.

فالتمثيل يعمل علي اشباع الدوافع الفردية وإحلال السلوك الاجتماعي السوي من السلوك غير الاجتماعي.

الفن يعيد الى الناس صحتهم النفسية وقد يتخذة البعض وسيلة لتشخيص بعض الحالات النفسية الشاذة وعلاجها ان العمل المسرحي ذاتها هي معالجة نفسية للتلميذ حيث أن العغمل الرسمي يفرز سلوكاً جماعياً مشتركاً وينبعث هذا السلوك من مواقف طبيعية يمكن وصفها بيولجية تؤدي هذه الظروف الى نتائج مميزة في طابعها الاجتماعي والانسان الذيب نعتبرة فردا حقيقيا نراه يتحرك وينظم سلوكه عن طريق ارتباطة بالاخرين فيما يفعلة وما يترتب علية من نتائج لايمكن ان يدركة ويقيمة اذا كان عن الاخرين.

سادساً: العلاج يالسيكودراما

استطاع المحلل النفسي الامريكي مورينو ان يطور منهجا في العلاج النفسي فقد نشا أول مسرح علاجي حيث تقوم فكرتة في المشاركة الفرد عن طريق خشبة المسرح ومن خلال العرض يشكف الفرد عن مشاعرة وعلاقاته وانفعلاته ومشكلاتة فهو اسلوب تشخيث وعلاج في الوقت نفسة ويستند على مبدا التلقائية العفوية وهي القدرة

على التعبير عن الاتجاهات الانفعالات الدفينة دون تصنع او تكلف وهو يسعى الى تنقية القدرة على لعب دور مما يؤدي الى تلخيص الفرد من قلقه وانفعالة وبالتالي تعديل السلوك.

ومن استراتجيات العلاج بالسيكودراما:

- اسلوب المناجاه هنا يقوم الفرد بمناجاه نفسة والمتحدث معها حول ما يدور بنفسة فيكون دور المعالج هو مساعدتة على اخراج ذلك بصوره لفظية يعبر عما بداخلة.
- اسلوب المعالجة عن بعد: ويتم في هذه الحال علاج الطفل دون علمة وهو غائب عن طريق الا نا المساعدة التي تكون على اتصال دائم بلطفل وتقوم بتمثيل المواقف المضطربة امام المعالج بالاشتراك مع بعض اشخاص اخرين محيطين بالطفل و غاليا ما تتبع هذه الطريقة مع الاطفال وايضا يتمثل في قصة تدور حول خبرات الطفل وماضية ومشكلاتة ومناقشة الافكار والمشاعر الطفل.

وتعتمد القاعدة الأساسية في العلاج بالسيكو دراما على مفهوم الدور وتوزيعها بين المرضى الذين يقومون بادوار البطل صاحب المشكلة والأدوات المساعدة وهم باقي افراد المجموعه الذين يقومون باداء اداور في نفس الموقف يساعدون من خلالها البطل على اكتشاف دوافع مشكلتة ثم المخرج وهو المعالج الرئيسي.

العناصر الدرامية والمسرحية

1- **التطهير:** وهو من اهم اهداف المسرح التي ذكرها ارسطو وظف كورينو التطهير كجزء من عملية السيكو دراما لكل من البطل والمشاهدة وهو محور اهتمام المعالج وهو نوعين التطهير بالفعل و بالاحتواء.

2- **المجاز:** وهو وسيلة لفهم شيء غير مالوف واعتمد المسرح على المعيار بشكل كبير لطرح العديد من القضايا.

3- **الدور:** وهو الاسطرو الكلمات التي ينطقها الممثل تبعا للدور الذي سيقوم بة ويعد ذلك انفصل الى علم الاجتماع حيث وظفة العلماء لوصف مكانة الفرد في المجتمع ويلعب الدور كمفهوم دورا كبيرا في العلاج بالسيكودراما.

سابعاً: العلاج المعرفي

بدا الاهتمام بالمجال المعرفي مع العقد السابع من هذا القرن ولم يكن ذلك وليد الصدفه ولكنه بمثابة تصديق لفكر الرواقيين الذين ذكروا ان الناس لا يضطربون بسبب الاحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الاحداث من افكار ,كما يعد امتداداً لطريقة كل من أدلر ودولا ردوميلر في عملية العلاج وظهر هذا العلاج نتيجة للانتقادات الى وجهت المدرسه السلوكية وتزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفيه وعلاقتها بالجوانب النفسية وعلماء مثل بياجيه والثورة العلمية الحديثة(الكومبيون) وتعتمد الفكرة الاساسية لهذا الاتجاه على ان المتأمل لحياة الناس بصفه عامه يجد انها تخلو من بعض الخبرات التي تبعث على الانسحاب واليآس والعجز بسبب النكسات المادية والمعنوية.

لذلك يقوم العلاج المعرفي على اعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادى والاجراءات تقوم على ان العوامل المعرفية توثر في السلوك وتغييرها يودي الى تغير في سلوك للمريض ومن اهم رواده؛

1- آرون بيك الذي يعرف العلاج بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن يتم استخدامها في بعض الاظطرابات النفسية.
2- مارش وضح العديد من الدراسات في المجال المعرفي السلوكي للاضطرابات لدى الاظفال والتي استخدمت بنجاح ببعض الاساليب المعرفية السلوكية كالتعرض في الواقع والاسترخاء والتحكم الذاتي ومهارات التحكم المعرفي.

طرق أعادة البنية المعرفية:

ظهرت مجموعة من طرق العلاج في أطار العلاج السلوكي المعرفي تقوم على أساس أعادة البنية المعرفية وتقوم هذه الطرق على افتراض ان الاضطرابات الانفعالية انما هي نتيجة الانماط من التفكير غير التكيفي وتكون مهمة المعالج هي اعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف وطريقة آيليس في العلاج العقلاني وطريقة بيك مثالاً على العلاج المعرفي.

العلاج العقلاني الانفعالي:

ظهرت مجموعة من طرق العلاج في اطار العلاج السلوكي المعرفي تقوم على اساس اعادة البنية المعرفيه وتقوم هذه الطرق على افتراض ان الاضطرابات الانفعالية انما هي نتيجة لانماط من التفكير غير التكيفي وتكون مهمة المعالج هي اعادة بناء هذه الجوانب المعرفية المتصلة بعدم التكيف وطريقة آيليس في العلاج العقلاني وطريقة بيك مثالاً على العلاج المعرفي.

العلاج العقلاني الانفعالي ينتمي هذا العلاج الى نظرية البرت آيليس وتفترض هذه النظرية ان الاضطرابات النفسية انما تنشأ من أنماط تفكير منطقية. ويرى ان البشر يشتركون في غايتين اساسيتين آولهما المحافظه على الحياة والثانيه الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم والعقلانية هي استخدام المنطق في تحقيق الأهداف السريعة والبعيدة. ويرى الانفعالات مثل القلق انما تقوم على اساس من افكار غير منطقية مما يودي الى إعاقة السلوك الواقعي. ويرى أن البشر لديهم استعداد فطري وميل مكتسب لان يكونوا عقلانيين فمن ناحية نجد ان البشر لديهم طاقه كبيرة لأن يكونوا منطقيين ومولدين للسعاده ومن الناحيه الاخرى فان لديهم طاقه هائله في ان يكونوا مدمرين لانفسهم وللاخرين وان يكونوا غير منطقيين ويكررون بأستمرار نفس الاخطاء واخفاق الناس في تقبل الواقع ينتج عنه ان يظهروا الاضطراب الانفعالي.

وتقوم استراتيجية العلاج العقلاني الانفعالي على مساعدة المريض على التعرف على الافكارغير المنطقيه لديه وان يحل افكار اكثر عقلانيه محلها.

ويشتمل العلاج العقلاني على ما يلي:

1- الاقناع اللفظي والذي يهدف الى اقناع المريض بمنطق العلاج.
2- التعرف على الافكار غير العقلانيه عند المريض.
3- تحديات مباشرة للافكار غير العقلانيه مع اعادة تفسير عقلاني.
4- تكرار المقولات الذاتية العقلانية بحيث تحل محل الاخرى.
5- واجبات سلوكية معدة لتكوين الاستجابات العقلانية والمعالج النشيط يقع علية عبء كبير في مساعدة المريض على التعرف على الافكار غير العقلانية الكامنة

وراء انفعالاته الكدرة وعلى اقتناعة بالافكار العقلانية التي تحل محلها وكذلك في مساعدته على تغيير سلوكه من خلال اعطائه واجبات منزلية مثل قراءة كتب محددة او القيام بنشاط معين.

طريقة بيك للعلاج المعرفي:

طور بيك هذه الطريقة التي تدخل في اطار اعادة البناء المعرفي عام 1963 والهدف منها هو تنمية انماط من التفكير العقلاني والمتوافق ويشتمل العلاج على:

1- ان يصبح المريض واعياً بافكارة.
2- ان يتعلم كيف يتعرف على الافكار غير الدقيقة.
3- استبدال هذه الافكار غير الدقيقية بافكار دقيقة.

وتعتبر الاساليب المستخدمة في تحقيق هذه الاهداف ذات طبيعة سلوكية ومعرفية.

الجانب السلوكي يتضمن وصفاً لجدول واضح ومحدد من الواجبات التي تسعى لتزويد المريض بخبرات ناجحة اما الجوانب المعرفية فتشتمل على عملية التفرقة مثلا التفرقة بين انا اظن وهي يمكن ان تقبل التشكيك وبين انا اعرف وهي حقائق لا تحتمل الرفض.

وتوكد الدراسات ان العلاج المعرفي يحقق نتائج جيدة في علاج المخاوف المرضية حيث يؤدي تصحيح الاعتقادات المشوهه الى حدوث تحسن ملحوظ بين المرضى والتحديد مثل هذه المعارف تستخدم المذكرات اليومية من جانب المرضى ومراقبة الذات.

وايضاً اكدت الدراسات على ان هذا العلاج المعرفي هو العلاج الاكثر فاعلية في علاج مختلف الاضطرابات النفسية والانفعالية وان احتمال انتكاسه بعد الانتهاء من العلاج هو امر شبه معدوم فهو يصحح ويعدل الافكار والمعتقدات التي تسبب في حدوث السلوك الغير مرغوب فيه حيث استخدمت هذه البرامج اسلوب حل المشكله والواجبات المنزليه وتعديل الحوار الذاتي والتعزيز ولعب الدور و النمذجة.. .الخ.

ويلخص بيك وايمرى قواعد العلاج المعرفي كالتالي:

1- ان العلاج المعرفي يقوم على اساس النموذج المعرفي وللاضطرابات الانفعاليه

2- ان العلاج المعرفي مختصر ومحدد المدة.

3- من الضروري ان تتوفر علاقه مناسبه بين المعالج والمريض.

4- يعتبر منظماً ومباشراً ويركز على المشكله ويقوم على نموذج تعليمي وبطريقة استنتاجية.

وأخيرا يتوقف عدد الجلسات في هذا البرنامج والوقت على مدى حدة المشكلة التي يعاني منها الفرد ومدى تقبل الفرد للعلاج والمعالج.

ثامنا: العلاج بالترويح

استخدم مصطلح الترويح في بادئ الأمر لتعريف النشاط الانساني الذي يتم اختياره عن دافع شخصي والذي يودي الى تنشيط الفرد ليكون قادراً على ممارسة عمله الا ان هناك الكثير من الاضافات التي لحقت بالترويج للتدليل على اهدافه الشخصية والاجتماعيه.

هذا ويعد الترويح الأنشطة التربوية والاجتماعية الذي يقبله المجتمع ويخضع لعاداته وتقاليده ،كما وان الترويح يتبؤا مكانه هامه في الحياة المتوازنة الى جانب العمل والراحة والاسترخاء والحب وبدآ الاهتمام به في القرن التاسع عشر.

ومفهوم الترويج يفوق اصطلاح اللعب في نظرياته وتفسيراته ويفسر على انه رد فعل عاطفي او حالة نفسية وشعور يحسه الفرد قبل واثناء ممارسته لنشاط اما سلبياً او ايجابياً ويتم اثناء وقت الفراغ ويكون الفرد مدفوعاً برغبة شخصية ويتصف بحريه الاختيار وغرضه في ذاته اي ان للترويج اكثر من نشاط. فالنشاط وسيلة وليس غاية في حد ذاته والترويج مظهر من مظاهر النشاط الانساني يتميز باتجاه يحقق السعادة للبشر وقيمة الترويج للفرد من سعادة ونشاط فهو يهدف الى السعادة التي ينشدها كل انسان في الوجود وله دور في تربية الفرد.

مفهوم الترويح:

يعرف بتلر الترويح بأنه نوع من أنواع النشاط الذي يمارس في وقت الفراغ. ويفسر بأنه رد فعل عاطفي أو حاله نفسية تنتاب الفرد قبل وأثناءويعد ممارستة لنشاط ما سواء

كان سلبيا أو ايجابيا وهو التحول من العنل واعادة تنظيم الطاقه للعمل وانه نشاط اجتماعي وايجابي مقبول لوقت الفراغ.

فالترويح يعبر عن الأنشطه التي يشترك فيها الفرد اختياريا في اثناء وقت الفراغ وهذة الانشطه تكون مجددة ومطوره للحاله البدنية والاجتماعية والنفسية.

ويعد حاله انفعالية تتتاب الفرد نتيجة لاحساسه بالوجود الطيب في الحياه والرضا ويتصف بالمشاعر المرتبطه بالاجاده والأنجاز والقبول والنجاح وهو مقبول اجتماعيا. وترجع اهمية الترويح الى الخبرات والمهارات والاساليب المعرفية. وتهيئ الفرد للابداع والابتكار وان يختار النشاط الذي يرغب به.

ومن خصائص الترويح انه نشاط بناء وهادف ويعد نشاطا اختياري وانه حاله ساره تجلب السرور والمرح للفرد ويتم في وقت الفراغ الذي يتحرر فية الفرد من قيود العمل واخيرا يحقق التوازن النفسي والاسترخاء والرضا النفسي.

يؤثر الترويح على جوانب النمو نذكرها باختصار:

1- تأثيرات بدنية فسيولوجية:

يحصل الفرد على القوام المعتدل الرشيق واللياقة البدنية ورفع كفاءة عمل جهازي الدموي والتنفسي وتقليل الاصابة بامراض القلب والاوعية الدموية وزيادة قدرة الفرد على زيادة انتاجه في العمل.

2- تأثيرات اجتماعية:

ويقوم الترويح بتنمية القيم الاجتماعية المرغوبه مثل التعاون واحترام القانون وتكوين صداقات والشعور بالانتماء والولاءوالقدرة على التفاهم مع الاخرين،وتنمية العلاقات الانسانية والتدرب على القيادة وتقدير العمل الجماعي.

3- تأثيرات نفسية:

- اشباع ميول الفرد والدوافع المرتبطة باللعب والهوايات.
- تحقيق السرور من خلال اقبال الفرد على المشاركة في الترويح.
- تنمية الصحة الانفعالية للفرد واعادة توازنه النفسي.
- زيادة القدرة على الانجاز واثبات الذات.

- تنمية الثقة بالنفس والتمرد من الخوف والتخلص من الميول العدوانيه.

أما عن النظرة السيكولوجية للترويح نظر علماء النفس الى اهمية وقت الفراغ في علاج الكثير من الامراض النفسيه والقدره على الاستفاده المطلقة لدى الاشخاص الذين يعانون من تخلف ذهني.

والانشطة الترويحية تتقسم الى مجموعات:

1- أنشطة تستهدف الراحة العصبية ولا تتضمن نشاطا عقليا مثل القراءة ومشاهده التلفاز.

2- الانشطة التي يغلب عليها النشاط العضلي أو الاداء الحركي مثل ممارسة الرياضة.

3- الترويح الذي يتميز بالطابع السلبي والاستجمام مثل النوم وتقسم الى انواع:

- **ترويح ثقافي:** مثل القراءة والكتابة الالعاب العقلية والشعر.
- **ترويح فني:** يمنح الفرد الإحساس بالجمال والتذوق الفني مثل الرسم والصلصال والموسيقى.
- **الترويح الخلوي:** ويشتمل الرحلات والنزهات والتجوال.
- **الترويح العلاجي:** وهو خدمة خاصة داخل المجال الواسع للخدمات الترويحية بحيث تستخدم الخدمات الترويحية للتدخل الايجابي في بعض نواحي السلوك البدني او انفعالي لاحداث تأثير مطلوب في السلوك وتنشيط نموه وتطور الشخصية.

ويستخدم الترويح كتعزيز في تعديل السلوك ومساعدة الاطفال في تقليل عواقب العزلة من خلال الاندماج والمشاركة في الالعاب ويهدف الى خفض السلوك والاضطرابات الانفعالية لديهم مثل القلق والمخاوف.

تاسعا: العلاج التربوي

تشكل المعلمه جزءاً مهماً من عالم الطفل لدى مباشرتها العمل معهم ,وبينت عدة دراسات أن سلوك المعلمة يؤثر على نمو فعال في سلوك الطفل الانفعالي والاجتماعي والتربوي. وبدون مبالغة في القول أن سعادة الاطفال في المدرسة تتوقف على المعلمة لما لها دور كبير في المساهمة في علاج الطفل من اي سلوك يعاني منه الفرد.

وأن الاهتمام بأطفال صعوبات التعلم يعد امرا مهما وذلك لما يترتب عليها من وجود العديد من المشكلات الدراسية والنفسية والسلوكية وعدم علاج هذة الصعوبات يؤدي الى زيادة الامية والتخلف الدراسي الامر الذي يؤدي الى إهدار الطاقات والقدرات التي توجه من أجل التعلم.

ومن أعراض ومظاهر إعاقات التعلم:

- النشاط الحركي الزائد والقصور في التركيز والانتباه.
- حالة القصور في القدرة على القراءة أوتعثر أوتعطل فيها وتعرف بإسم الدسلكسيا وهي أضطراب في القراءة والخلط بين الحروف.
- فقدان كلي وجزئي لاستخدام اللغة ووظائف الكلام.

والعلاج التربوي مفهوم يهدف الى عملية تحسين إمكانات الاطفال ذوي صعوبات التعلم لتنمية إحساسهم بالكفاءة وتحقيق طموحات اسرهم في الوصول للمستوى الافضل لابنائهم.

ويستخدم في العلاج التربوي طرقا خاصة في تدريس الاطفال تعتمد على الاساليب الفردية المناسبة لكل طفل كحالة منفردة وهي تختلف عن طرق التعلم والتعليم التقليدية لانها تتقابل مع فردية المتعلم ونواحي القصور لديه ونوعها.

وهي في سبيل ذلك تحقق أهداف التعلم في أنساق خاصة بطبيعة الطفل المتعلم من ذوي الاحتياجات الخاصة ونذكر علاج مشكلة اللغة وذلك عن طريق عرض المعلمة لصورة ونطقها بشكل صحيح واذا كان الطفل يعاني من حرف فعلى المعلمة ان تشد على الحرف عند لفظة لتمييزة من قبل الطفل.

قائمة المراجع العربية

1- أبو اسعد، احمد و الصرايرة، أسماء نايف، 2010م، مشكلات طفل الروضة، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، دار حنين للنشر والتوزيع، عمان.

2- أبو اسعد ,احمد عبد اللطيف (2009) الارشاد الجمعي –ط1- عالم الكتب الحديث /اربد.

3- ابوسريع ,محمود محمد(2008). المرجع في المشكلات للأطفال.الدار العالمية للنشر والتوزيع.الجيزة- ط1.

4- ابو سريع ,محمود محمد (2008)المرجع في المشكلات السلوكية لأطفال – ط1- الدار العالمية للنشر والتوزيع /الجيزة.

5- الشرايري، خالد (1993). رياض الأطفال في الأردن واقعها والأشراف عليها، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

6- العتوم، عدنان يوسف (2004). علم النفس المعرفي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان- الأردن.

7- الناشف، هدى محمود وجمال، رشا. (2003). استراتيجيات التعلم والتعليم في الطفولة المبكرة. مجلة الطفولة والتنمية، 3(2)، 157- 165.

8- الناشف، هدى، أعداد الطفل العربي للقراءة والكتابة، دار الفكر العربي، عمان، الأردن، ط1، 2008.

9- السفاسفه ,محمد ابراهيم (2003)اساسيات في الارشاد والتوجيه النفسي والتربوي –ط1- مكتبة العلاج للنشر والتوزيع.

10- الشناوي ,عبد الرحمن ,محمد محروس الشناوي ومحمد السيد عبد الرحمن (1998) العلاج السلوكي الحديث اسسه وتطبيقاته –ط1- دار قباء للنشر والتوزيع /القاهرة.

11- الأستاذة الدكتورة .بدير كريمان بدير. (2011) مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها دار المسيرة للنشر والتوزيع عمان- الأردن.

12- الترتوري، محمد عوض والقضاة، محمد فرحان (2006). المعلم الجديد: دليل المعلم في الإدارة الصفية الفعالة، دليل علمي وتطبيقي، دار الحامد للنشر، عمّان- الأردن.

13- الحريري، رافدة عمر، 2004م، إدارة الصف والبيئة التعليمية، الرياض.

14- الخطيب، د.جمال، الحديدي، دمنى (2009م) التدخل المبكر ط 4 دار الفكر ناشرون وموزعون.

15- القوصي، عبدالعزيز، 1982م، أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة المصرية.

16- الأحمد، عدنان إبراهيم (سوريا) وعبدالله الشيخ، تاج السرّ (السودان)، 1000هجري / 1998م، الأطفال المشكلون ط1، دار المشرق – المغرب للخدمات الثقافية والطباعة والنشر، سوريا – دمشق.

17- بدير، كريمان محمد، 1427 هجري /2007م، مشكلات طفل الروضة وأساليب معالجتها، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.

18- بطرس .حافظ بطرس (2010) تعديل وبناء سلوك الاطفال –ط1- دار المسيرة للنشر والتوزيع.

19- بدير .كريمان محمد (2007) مشكلات طفل الروضه –ط1- دار المسيرة للنشر والتوزيع.

20- حنتول، أحمد موسى، (2004)، أنماط السلوك الإجرامي في مرحلة الرشد وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.

21- خلف الله، سلمان، 1425هجري / 2004 م، الطفولة المشكلات الرئيسية التعليمية والسلوكية العادية وغير العادية. (الأسباب والعوامل الوقائية) الجزء الأول، جهينة للنشر والتوزيع، عمان.

22- خليل، إيمان أحمد (2003). فاعلية برنامج في الأنشطة التعبيرية لتنمية بعض المهارات اللغوية لدى طفل الروضة .رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة.

23- د.محمد ايوب, مشاكل الاطفال..اكيف نفهمها؟!المشكلات و الانحرافات الطفوليه و سبل علاجها, دار الفكر اللبناني . بيروت.

24- د. عبد الرحمن العيسوي, سيكولوجية التنشئة الاجتماعية, 1984, دار الفكر الجامعي, الاسكندرية

25- رجب مطر، عبد الفتاح (2008) إضطرابات الاكل لدى العاديين والمعاقين، دار الوفاء.

26- رمزي، اسحق، 1982م، مشكلات الأطفال اليومية، دار المعارف، مصر.

27- زكي، وسيمة عمر محمد، (2000)، دراسة بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال مرحلة ما قبل المدرسة الابتدائية بمدينة المنيا في ضوء متغيرات الحكم الخلقي، المسايرة/ المغايرة، التروي/ الاندفاع، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنيا، مصر.

28- زكي موسى، طارق (2008) إضطرابات الكلام عند الطفل، دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.

29- سعيد حسني العزة وجودت عزت عبد الهادي نظريات الارشاد والعلاج النفسي – ط1- .

30- سامية محمد عبد النبي: فاعلية استخدام الرسم الإسقاطي في الكشف عن ديناميه الشخصية رسالة دكتوراه، قسم الصحة النفسية- كلية التربية - ، فرع بنها جامعة الزقازيق، 1998.

31- سيلفانو أريتي: الفصامي: كيف نفهمه ونساعده، دليل للأسرة و الأصدقاء ترجمة: عاطف أحمد، سلسلة عالم المعرفة، العدد(156)، يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب، الكويت، 1991.

32- طاهرة أحمد الطحان، مهارات الاستعداد للقراءة في الطفولة المبكرة، دار الفكر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى، 2003

33- قبالي يحيى احمد (2003) المرجع الشامل في الوسائل التعليمية –ط1_موسسة الطريق /عمان.

34- عادل كمال خضر: ترتيب رسم الشكل الإنساني –الذكري والأنثوي- في اختبار رسم الشخص ودلالته الإكلينيكية. في مجلة علم النفس، العدد الثامن والثلاثون، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، 1996.

35- عبدالله محمد، عادل، 1420 هجري / 2000م، الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين ط1، دار الرشاد، مكتبة عربية للنشر والتوزيع، القاهرة.

36- عبدالله، مجدي أحمد، (2000)، علم النفس المرضي: دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

37- عبدالرحمن، سعد، 1418هجري / 1998م، القياس النفسي (النظرية والتطبيق) ط3، دار الفكر العربي، ملتزم للطبع والنشر، القاهرة.

38- عريشي، صديق بن أحمد محمد، (2005)، نمو الأحكام الخلقية وعلاقته بالسلوك العدواني، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.

39- عطية، سميحة محمد، (2001)، إدراك الأطفال لشبكة علاقاتهم الاجتماعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.

40- عطية، محسن علي و خليفة، إيناس خليفة، 2007م، المشكلات السلوكية (لأطفال الروضة)، دار المناهج، عمان.

41- علي، علي إسماعيل، (1995)، نظرية التحليل النفسي واتجاهاتها الحديثة في خدمة الفرد، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

42- علي محمد، اميرة (2008)، المرجع في الطفولة المبكرة، الدار العالمية للنشر والتوزيع.

43- قبالي يحيى احمد (2003) المرجع الشامل في الوسائل التعليمية –ط1_موسسة الطريق /عمان.

44- عودة، احمد وفرحات، محمد وحسن، محمد (1987). واقع رياض الأطفال في الأردن: دراسة حالة. الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.

45- كاملة شعبان, النمو الانفعالي لطفل الروضة, 1999, دار الفكر العربي, الاسكندرية.

46- لجنة الاختبارات م. د. ن: اختبار رسم الشخص. في مجلة الثقافة النفسية، تصدر عن مركز الدراسات النفسية والنفسية والجسدية، بيروت: دار النهضة العربية، 1994.

47- محمد بدير، كريمان (2007) مشكلات طفل الروظة، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

48- محمد المؤمن, سيكولوجية الطفل في الروضة, 2000, دار الفكر العربي, الاسكندرية.

49- محي الدين, عبد الرحمن عدس, اساسيات علم النفس التربوي, 1984, لندن.

50- محمود، عكاشة عبد المنان، 2004م، المشاكل النفسية للطفل، دار الأخوة للنشر والتوزيع، عمان.

51- مختار، وفيق، صفوت، (1999)، مشكلات الأطفال السلوكية، دار العلم والثقافة للنشر، القاهرة، مصر.

52- مصطفى، يامن سهيل، (2009)، العنف الأسري وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المرهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق.

53- مصطفى، فهيم (2002). تهيئة الطفل للقراءة برياض الأطفال، الدار العربية للكتاب، القاهرة.

54- مرتضى، سلوى (2001). المكانة الاجتماعية لمعلمة الروضة. مجلة الطفولة العربية، 8((2)، 122- 137.

55- مومني، عبد اللطيف (2008). مشكلات رياض الأطفال في محافظة اربد، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 9 (4)، 238- 240.

56- ملحم، سامي محمد، 1421هجري / 2000م، القياس والتقويم في التربية وعلم النفس ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.

57- يحيى، خولة أحمد، (2000)، الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

58- يونس، انتصار، (1993)، السلوك الإنساني، دار المعارف، القاهرة، مصر.

المراجع الأجنبية:

1- Bourdieu Pierre PASERON Jean de la reproduction. Paris, ed de; Claude Minuit, 1970.
2- Dorthy Langley: The relation between psychodrama & Drama Therapy (article) from , The hand book of psychodrama, Edit by: Morcia karp & others, Rautledg. Pub.London 1998.
3- Essays on: KOHLBERG Lawrence moral development, Harper and Row, San Francisco, 1982.
4- Glasser, W.(1965): Reality therapy a new approach to psychiatry, William Haper. New York.
5- Howes & Stewart, 1987: The Bronson social and task skills profile (Bronsen, 1985) Howes peer play scale for childun 1-5 years (Howersk Matheson, 1992) Howes adult scale for children less that 5 years old.
6- NOHRA Fouad: L'education morale, au-dela de la citoyennete, Paris, L'harmattan, 2004.
7- Pascal, cand Bertran, A.D (1994): Evaluating the quality of play, in. Moyles the excellence of play. London.
8- Rubin , Judith Aron (2001): Approaches to art rherapy: theory and technique (2nd). Navyok Ny, Us Becmer, Routledge PP.241-253.
9- Zeidner, M (1994): Personal and contesctual determinants of coping and auxiety in an evaluative situation. Vol 16, P.899-9181.
10- Corey , Gerald (2001) Theory and Practice of Counseling and Psychology, B rooks/ Cole publishing com N.Y.
11-Gerald C.Davison, John M.Neale. John Wiley & Sons, (2004) Adnormal Psychology, Inc. Eight Edition.
12-Patterson C.(1986) Theories of Counseling and Psychotherapy, Harper and Raw, N.Y.

المواقع الالكترونية:

1-المشكلات التربوية السلوكية

http://aou. edu. jo / user files / file – type –doc /060495. doc

2- المشاكل النفسية للطفل أسبابها وعلاجها

http:// www. alhaidaria. net / vb / showthread. php? t 20155

3- اضطرابات سلوك

http: //www. palwho 93. org / slouk. doc

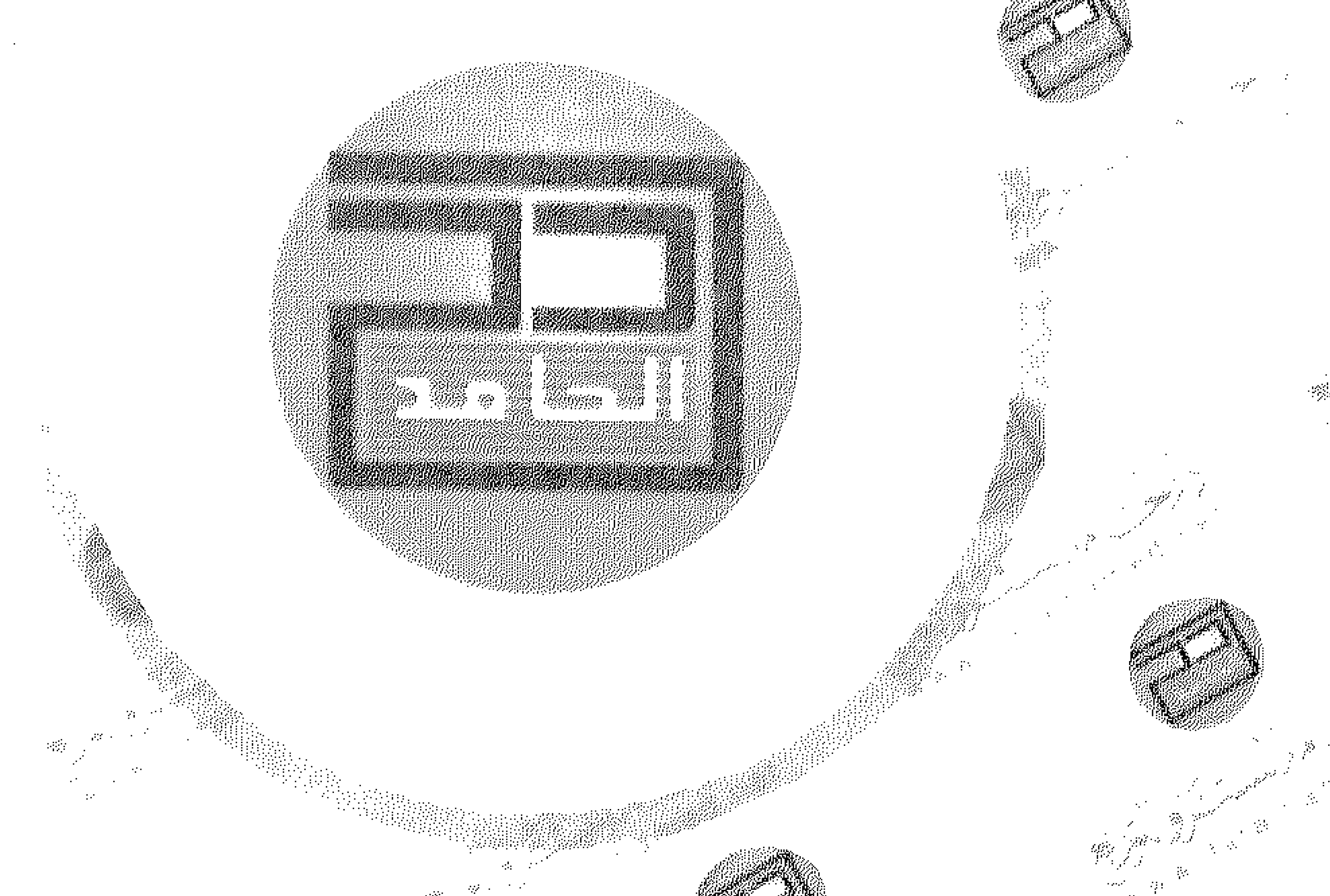
4- http:www.kg-cu.ahlamontada.net/t7291-topic


5- http://forum.stop55.com

6- www.forum.sedty.comhttp://

7- http://forum.graaam.com


تم بحمد الله


الحامد



مشكلات طفل الروضة

Problems of Kindergarten Children



دار الحامد للنشر والتوزيع
الأردن - عمان- ص.ب.: 366 عمان 11941 الأردن
هاتف: 5231081 فاكس: 009626-5235594
E-mail: dar_alhamed@hotmail.com
daralhamed@yahoo.com
www.daralhamed.net



9789957326951